

**Katamnese Transsexueller nach erfolgter Begutachtung
im Rahmen der Vornamens-/Personenstandsänderung**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades doctormedicinae (Dr. med.)

vorgelegt dem Rat der medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Carina Eisenschmidt
geboren am 03. Juni 1990 in Jena

Gutachter

1. Prof. Dr. Bernhard Strauß, Jena
2. Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt, Hamburg
3. PD Dr. Kurt Seikowski, Leipzig

Tag der öffentlichen Verteidigung: 05.01.2016

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
APA	American Psychiatric Association
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BI	Base-Information Fragebogen
BIS	Body-Image-Scale
BSI	Brief-Symptom-Inventory
DGfS	Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - aktuell gültig: 5. Version (DSM-V)
Einw.	Einwohner
EU-Rente	Erwerbsunfähigkeitsrente
FzM-Transsexuelle	Frau-zu-Mann-Transsexuelle
GID	Gender Identity Disorder (Geschlechtsidentitätsstörung)
GSI	Global Severity Index - Globalkennwert der Symptom-Checkliste
Ht	Hormontherapie
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems - aktuell gültig: 10. Version (ICD-10)
Kap.	Kapitel
Lj.	Lebensjahr
M	Mittelwert
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
MzF-Transsexuelle	Mann-zu-Frau-Transsexuelle
Nr.	Nummer
OP	Operation
p	Signifikanzniveau
SD	Standardabweichung
SHG	Selbsthilfegruppe
SOC	Standards of Care

SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Tab.	Tabelle
t(df)	Prüfgröße des t-Tests
TSG	Transsexuellengesetz
typ.	typisch
WPATH	World Professional Association of Transgender Health
$X^2(df)$	Prüfgröße des Chi-Quadrat-Tests

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Prävalenzen für Transsexualität in verschiedenen Ländern	7
Tabelle 2:	Unterschiede zwischen den transsexuellen Subgruppen	11
Tabelle 3:	Skalen des Brief-Symptom-Inventory	24
Tabelle 4:	Vergleich der Gutachten von Studienteilnehmern und Nichtteilnehmern	29
Tabelle 5:	Transsexualität	34
Tabelle 6:	Sexualität	35
Tabelle 7:	Soziales Umfeld zum Zeitpunkt der Datenerhebung	36
Tabelle 8:	Soziales Umfeld in der Kindheit	37
Tabelle 9:	Psychische Belastung unter den 16 Studienteilnehmern	39
Tabelle 10:	Bewertung der primären Geschlechtsmerkmale	43
Tabelle 11:	Körperzufriedenheit in Bezug zur Anzahl der geschlechtsangleichenden Maßnahmen	45
Tabelle 12:	Etappen des Erkenntnisprozesses	46
Tabelle 13:	Outing	47
Tabelle 14:	Hürden auf dem Weg der Geschlechtsidentitätsänderung	49
Tabelle 15:	Demografische Merkmale im Vergleich zum Zeitpunkt des Gutachtens	51
Tabelle 16:	Merkmale von late-onset Transsexuellen	53
Tabelle 17:	Psychische Erkrankungen unter den 44 begutachteten Transsexuellen	55
Tabelle 18:	Deskriptive Merkmale der Stichprobe	97
Tabelle 19:	Ergänzende Datenauswertung des BI	98
Tabelle 20:	Bewertung der sekundären Geschlechtsmerkmale	104
Tabelle 21:	Bewertung der neutralen Körpermerkmale	104
Tabelle 22:	Items zur Datenerfassung des Interviews	107
Tabelle 23:	Items zur Datenerfassung der psychologischen Gutachten	109
Tabelle 24:	Ergänzende Datenauswertung der psychologischen Gutachten	110

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Prozess der Stichprobengewinnung (eigene Darstellung)	22
Abbildung 2:	Alter bei Interview im März 2012 (eigene Darstellung)	30
Abbildung 3:	Familienstatus (eigene Darstellung)	30
Abbildung 4:	Bildungsabschlüsse (eigene Darstellung)	31
Abbildung 5:	Arbeitssituation (eigene Darstellung)	31
Abbildung 6:	Begonnene geschlechtsangleichende Maßnahmen (eigene Darstellung)	32
Abbildung 7:	Durchgeführte Maßnahmen unter FzM-Transsexuellen (eigene Darstellung)	40
Abbildung 8:	Durchgeführte Maßnahmen unter MzF-Transsexuellen (eigene Darstellung)	41
Abbildung 9:	Einstellung gegenüber noch ausstehenden Behandlungsmöglichkeiten (eigene Darstellung)	41

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung	1
2.	Einleitung	3
3.	Theoretische Grundlagen	4
3.1	Das Phänomen Transsexualität.....	4
3.1.1	Definitionen.....	4
3.1.2	Differentialdiagnosen	5
3.1.3	Begriffsgeschichte	6
3.2	Epidemiologie.....	6
3.3	Das deutsche Transsexuellengesetz	8
3.4	Ursachen	8
3.5	Subtypisierungen innerhalb der Transsexualität.....	10
3.6	Behandlungsmöglichkeiten	11
3.6.1	Psychotherapie und Alltagstest	12
3.6.2	Hormontherapie.....	13
3.6.3	Operationen	14
3.7	Postoperative Follow-up-Studien	16
4.	Ziele der Arbeit	19
5.	Methodik	21
5.1	Ablauf der Studie.....	21
5.2	Stichprobengewinnung	21
5.3	Messinstrumente	22
5.3.1	BI: Base-Information.....	23
5.3.2	BSI-50: Brief-Symptom-Inventory	23
5.3.3	BIS: Body-Image-Scale.....	25
5.3.4	Interviewfragen	26

5.3.5	Psychologische Gutachten.....	26
5.4	Statistische Auswertung	27
5.5	Vergleich der Gutachten von Studienteilnehmern mit Nichtteilnehmern	28
5.6	Deskriptive Merkmale der Studienteilnehmer.....	30
6.	Ergebnisse	33
6.1	Basisinformationen	33
6.2	Psychische Belastung unter den 16 Studienteilnehmern	38
6.3	Geschlechtsangleichung	40
6.4	Körperwahrnehmung	41
6.5	Prozess der Geschlechtsidentitätsänderung	46
6.6	Psychologische Gutachten.....	52
7.	Diskussion	56
7.1	Inhaltliche Diskussion	56
7.2	Methodische Diskussion.....	65
8.	Schlussfolgerungen	68
9.	Literatur- und Quellenverzeichnis.....	70
10.	Anhang	78
10.1	Ethikvotum.....	78
10.2	Anschreiben an Meldeämter	79
10.3	Anschreiben an Teilnehmer	80
10.4	Einverständniserklärung	81
10.5	Fragebogen - Teil 1: BI.....	82
10.6	Fragebogen - Teil 2: BSI-50	92
10.7	Fragebogen - Teil 3: BIS.....	95
10.8	Deskriptive Merkmale der Stichprobe in der Übersicht	97
10.9	Ergänzende Datenauswertung des BI	98
10.10	Ergänzende Datenauswertung des BIS	104

10.11	Interviewfragen	105
10.12	Items zur Datenerfassung der Interviews.....	107
10.13	Items zur Datenerfassung der psychologischen Gutachten.....	109
10.14	Ergänzende Datenauswertung der psychologischen Gutachten.....	110
10.15	Tabellarischer Lebenslauf.....	111
10.16	Danksagung.....	112
10.17	Ehrenwörtliche Erklärung	113

1. Zusammenfassung

Transsexualität ist die bestehende Inkongruenz zwischen den biologischen Merkmalen des eigenen Körpers und der angestrebten Geschlechtsidentität. Resultiert für die Betroffenen daraus ein Leidensdruck, wird von Geschlechtsdysphorie gesprochen. Diese gilt es, mittels verschiedener medizinischer Maßnahmen wie beispielsweise Psychotherapie, Hormontherapie und/oder geschlechtsangleichende Operationen zu mildern. Um die medizinische Versorgung der Transsexuellen zu verbessern, ist es notwendig, ihre Entwicklung nachzuvollziehen und existierende Probleme auf dem Weg der Geschlechtsidentitätsänderung zu erkennen. Mit dieser Studie soll ein Beitrag dazu geleistet werden, indem speziell Transsexuelle aus dem Thüringer Raum retrospektiv untersucht wurden. Dabei standen, neben der Körperwahrnehmung und der psychischen Belastung, die unterschiedlichen Entwicklungen bei Frau-zu-Mann- (FzM) und Mann-zu-Frau-Transsexuellen (MzF) und die damit verbundenen Auswirkungen auf die soziale Integration im Fokus.

Ein wichtiger Schritt für das Erlangen der angestrebten Geschlechtsidentität ist die gerichtliche Beantragung der Vornamens- und Personenstandsänderung. Mit ihr wird die gesetzliche Anerkennung der neuen Geschlechtsrolle vollzogen. Für diese Änderung ist jedoch die Erstellung eines psychologischen Gutachtens notwendig.

In dieser Arbeit wurden 44 Transsexuelle eingeschlossen, die zwischen 2005 und 2010 am Institut für psychosoziale Medizin und Psychotherapie in Jena im Rahmen ihrer Vornamens-/Personenstandsänderung psychologisch begutachtet worden sind. Davon erklärten sich 16 Transsexuelle, darunter 8 MzF- und 8 FzM-Transsexuelle, bereit an der Studie im März 2012 teilzunehmen.

Als Datenmaterial standen zum einen die psychologischen Gutachten aller 44 Transsexuellen zur Verfügung. Zum anderen wurde mit den 16 Teilnehmern ein persönliches Interview durchgeführt. Zusätzlich erfolgte die Beantwortung eines Fragebogens, welcher aus drei Teilen bestand: den Base-Information-Fragebogen (BI), den Brief-Symptom-Inventory (BSI-50) und die Body-Image-Scale (BIS).

Anhand der Daten konnte gezeigt werden, dass sich das Bewusstsein für Transsexualität bei MzF-Transsexuellen später entwickelte als bei FzM-Transsexuellen. Damit gehörten MzF-Transsexuelle häufiger zur Gruppe der late-onset Transsexuellen. Im Zusammenhang mit dieser verzögerten Entwicklung konnten weitere Charakteristika für MzF-Transsexuelle nachgewiesen werden. Ein Großteil der weiblichen Transsexuellen wuchs in der DDR auf. In

der Kindheit trauten sich nur wenige MzF-Transsexuelle Mädchenkleidung zu tragen, oftmals vollzogen sie das Cross-dressing nur heimlich. Zudem war die Mehrheit der weiblichen Transsexuellen schon einmal verheiratet, oftmals waren sie zusätzlich Elternteil eines eigenen Kindes.

Eine erhöhte psychische Belastung lag für beide transsexuelle Subgruppen nicht vor. Bezüglich der Körperwahrnehmung konnte eine weitestgehende Zufriedenheit ermittelt werden. Wenngleich MzF-Transsexuelle ihren Körper geringfügig negativer bewerteten als FzM-Transsexuelle, bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Zudem existierte ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und der Anzahl der bereits durchgeführten geschlechtsangleichenden Maßnahmen.

In den meisten Bereichen gelang eine soziale Integration in der neuen Geschlechtsidentität. Anhand der Gutachten fiel jedoch auf, dass MzF-Transsexuelle häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen waren als FzM-Transsexuelle. Ein weiteres Problem stellten transphobe Übergriffe und Diskriminierungen seitens der Gesellschaft dar.

Insgesamt war die Entwicklung der Transgender-Personen in Thüringen rückblickend als positiv zu bewerten, wobei sicherlich die gut ausgebaute medizinische Versorgung in Deutschland ihren Teil dazu beitrug.

2. Einleitung

Transsexuelle streben eine Geschlechtsidentität an, die ihrem biologischen Geschlecht nicht entspricht. Aufgrund der bestehenden Inkongruenz zwischen den biologischen Merkmalen des eigenen Körpers und dem gewünschten Geschlecht entwickeln die Betroffenen einen hohen Leidensdruck (WPATH 2011). Diesen gilt es sowohl mit psychiatrischer Begleitung, als auch mit einer Geschlechtsangleichung in Form von Hormontherapien oder Operationen zu lindern. In zahlreichen Studien konnte bereits die Effektivität dieser möglichen Therapien zur Aufwertung der Lebensqualität bestätigt werden (Lawrence 2003, Smith et al. 2005). Zusätzlich konnten Verbesserungen bezüglich Partnerschaft (Pfaefflin und Junge 1992), sexuellem Erleben (De Cuypere et al. 2005) und psychischer Stabilität (Colizzi et al. 2014) ermittelt werden.

Um das Leben für Transsexuelle zunehmend zu erleichtern, ist es wichtig, die Entwicklung von Transsexualität und die damit verbundenen Hürden und Probleme nachzuvollziehen.

Ziel dieser Arbeit ist es, die weitere Entwicklung der begutachteten Transsexuellen nach ihrer gesetzlichen Vornamens- und Personenstandsänderung zu ermitteln.

Dabei werden folgende Aspekte vor dem Hintergrund der bereits durchgeführten geschlechtsangleichenden Maßnahmen näher beleuchtet: die soziale Integration, die eigene Körperwahrnehmung sowie die psychische Belastung von Transsexuellen. All diese Aspekte wurden bereits in verschiedenen Studien untersucht (Heylens et al. 2014b, Kraemer et al. 2008, Hepp et al. 2002, Landen et al. 1998). Daher ist diese Arbeit als ein weiterer wissenschaftlicher Beitrag zu verstehen, der einen Einblick in die Lebensläufe der Transsexuellen gibt und deren Entwicklung näher beleuchtet. Zudem ist zu erwähnen, dass die vorliegende Arbeit speziell für den Thüringer Raum Geltung besitzt, da die untersuchten Transsexuellen mehrheitlich aus Thüringen stammten.

Während bisherige Studien ihre Untersuchungen zum postoperativen Zeitpunkt durchführten und diesen mit der präoperativen Situation verglichen, wurde in dieser Arbeit erstmals als Ausgangspunkt für die retrospektive Datenerhebung der Zeitpunkt der Vornamensänderung gewählt.

3. Theoretische Grundlagen

3.1 Das Phänomen Transsexualität

3.1.1 Definitionen

Betroffene erleben die Transsexualität als Zwiespalt zwischen der objektiven, realistischen Wahrnehmung des körperlichen Geschlechts und dem subjektiven Empfinden, dem anderen Geschlecht anzugehören (Senf und Strauß 2009).

Transsexualität zählt gemäß dem deutschen Klassifikationssystem ICD-10-GM Version 2015 zu den „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (Kategorie F6). Unter „Störungen der Geschlechtsidentität“ (F 64.-) findet man für „Transsexualismus“ (F 64.0) folgende Definition:

„Transsexualismus ist der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit dem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht so weit wie möglich anzugleichen.“

Laut der diagnostischen Leitlinien muss die Diskrepanz zwischen dem biologischen bzw. körperlichen und dem innerlich empfundenen Geschlecht seit mindestens zwei Jahren bestehen. Zudem darf das Bedürfnis im anderen Geschlecht leben zu wollen, nicht aus einer psychischen Störung, beispielsweise einer Schizophrenie, resultieren. Genetische, geschlechtschromosomale oder intersexuelle Anomalien sollten ebenfalls abgeklärt werden.

In der fünften Auflage des Klassifikationssystems der American Psychiatric Association (APA 2013), dem DSM V, wurden die Kriterien der bisherigen Diagnose „Gender Identity Disorder“ (GID) grundlegend verändert. Schon einige Jahre zuvor gaben Kritiker zu bedenken, dass die Kriterien nicht alle Varianten der Geschlechtsidentitätsstörung vollständig erfassen (Cohen-Kettenis und Pfafflin 2010). Stand bisher das Geschlechtsidentitätserleben im Vordergrund, liegt nun das Augenmerk auf dem hohen Leidensdruck und der damit verbundenen Geschlechtsdysphorie.

Sowohl das Geschlechtsidentitätserleben als auch das gegengeschlechtliche Rollenverhalten oder das Hadern mit dem biologischen Geschlecht wird nicht mehr als pathologisch gesehen. Erst wenn aus der Inkongruenz zwischen gewünschter Geschlechtsidentität und biologischem Geschlecht ein Leidensdruck für die Betroffenen entsteht, wird der Entwicklung ein Krankheitswert beigemessen. Durch den neu eingeführten Begriff „Geschlechtsdysphorie“ wird im Gegensatz zum Begriff „Geschlechtsidentitätsstörung“ eine Normierung des Geschlechts vermieden.

Nachdem im englisch sprachigen Raum eine Anpassung der Definitionskriterien für „Geschlechtsdysphorie“ an die zeitgemäße Entwicklung der Transsexualität erfolgte, wird es in der kommenden ICD-11-Klassifikation ebenfalls Veränderungen in den Diagnosekriterien geben, um die Psychopathologisierung von Transgender-Personen aufzuheben (Nieder et al. 2014).

3.1.2 Differentialdiagnosen

Die Abklärung der Differentialdiagnosen sollte stets sorgfältig durchgeführt werden, da die Konsequenzen bei einer Fehldiagnose weitreichend sein können. Als wichtigstes Kriterium zur Abgrenzung gegenüber anderen Geschlechtsidentitätsstörungen zählt der Wunsch nach dauerhafter Geschlechtsumwandlung mittels Hormontherapie und/oder operativer Eingriffe. Es gibt drei Krankheitsbilder bzw. Verhaltensweisen, die laut ICD-10 vom „Transsexualismus“ zu unterscheiden sind.

Zum einen ist „Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechterrollen“ (F 64.1) zu nennen. Hier wird die gegengeschlechtliche Kleidung getragen, um kurzzeitig eine Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht zu empfinden. Jedoch hat der Betroffene nicht den Wunsch, sein Geschlecht dauerhaft durch Hormontherapie oder operative Eingriffe anzugleichen.

Beim „fetischistischen Transvestitismus“ (F 65.1) wird der Betroffene durch das Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung sexuell erregt. Jedoch besteht nach abebbender Erregung das starke Verlangen, die Kleidung wieder abzulegen. Dieses Phänomen kann als Vorstufe von Transsexualität auftreten.

Als letzte Differentialdiagnose sollte die Intersexualität, bei der entweder hormonell (Androgenresistenz-Syndrom) oder chromosomal bedingt zunächst keine eindeutige Zuordnung eines biologischen Geschlechts möglich ist, ausgeschlossen werden.

3.1.3 Begriffsgeschichte

Der Begriff „Transsexualität“ wurde erstmals 1923 in der Literatur von Hirschfeld geprägt und umfasste ohne Differenzierung sowohl Transvestitismus als auch Transsexualität und effeminierte Homosexualität (Cohen-Kettenis und Gooren 1999). Erst in den 60er Jahren erfolgte die Abgrenzung zum Transvestitismus durch Benjamin (1967). Da die Bezeichnung „Transsexualität“ oft falsch interpretiert und als Beschreibung für eine sexuelle Orientierung, wie beispielsweise Homosexualität, gedeutet wurde, ist man in der Literatur dazu übergegangen, Synonyme wie „Transgender“ oder „Transidente“ zu verwenden. Diese sind weitfassender und ein Oberbegriff für alle Menschen, die sich mit ihrem zugewiesenen Geschlecht falsch oder unzureichend beschrieben fühlen (Rauchfleisch 2009).

Die Diskrepanz zwischen dem Geschlechtsidentitätserleben und den Geschlechtsmerkmalen des eigenen Körpers wird „Geschlechtsinkongruenz“ genannt. Resultiert aufgrund der fehlenden Übereinstimmung ein hoher Leidensdruck daraus, spricht man von „Geschlechtsdysphorie“ (Nieder et al. 2014).

Um sich dem anderen Geschlecht zugehörig zu fühlen, praktizieren die Betroffenen „Cross-dressing“. Darunter versteht man „das Tragen von Kleidung, die üblicherweise nur in der jeweils anderen Geschlechtsrolle akzeptiert wird“ (Nieder und Richter-Appelt 2012).

Neben dem Begriff Transgender-Personen werden in dieser Arbeit die Formulierungen „transsexueller Mann“, welcher hier als ein Mann mit ehemals weiblichen Geschlechtsmerkmalen definiert ist, und „transsexuelle Frau“ für eine Frau, die ursprünglich männliche Geschlechtsmerkmale besaß, verwendet.

3.2 Epidemiologie

Es gibt viele Studien, die eine Aussage über die Häufigkeit von Transsexualismus in verschiedenen Ländern treffen. Jedoch herrscht zwischen den erhobenen Prävalenzen bzw. Geschlechtsverhältnissen eine große Schwankungsbreite. Gründe hierfür sind zum einen unterschiedliche Definitionen für Transsexualität, zum anderen variierende Einschlusskriterien sowie kulturelle Unterschiede (Beier et al. 2005).

Tabelle 1: Prävalenzen für Transsexualität in verschiedenen Ländern

Autoren	Land	MzF-Transsexuelle	FzM-Transsexuelle
Hoenig und Kenna (1974)	England	1 : 34 000	1 : 108 000
Kesteren et al. (1996)	Niederlande	1 : 11 900	1 : 30 400
Wilson et al. (1999)	Schottland	1 : 7 500	1 : 31 000
Veale (2008)	Neuseeland	1 : 3 639	1 : 22 714

Quelle: eigene Darstellung

Anhand der Tabellenübersicht ist ein Anstieg der Prävalenzen für die jeweilige transsexuelle Subgruppe über die Jahre erkennbar. Der Grund für diese Entwicklung liegt darin, dass immer mehr Betroffene medizinische Hilfe in Anspruch nehmen und somit statistisch erfasst werden (WPATH 2011). Bei Reed et al. (2009) verdoppelte sich im Zeitraum von 1995 bis 1997 die Anzahl der Transsexuellen, die in Großbritannien eine Klinik aufsuchten. Ebenso konnten Dhejne et al. (2014) eine Zunahme der Prävalenz in Schweden im Zeitraum von 1960 bis 2010 feststellen. Jedoch ist das Auftreten von Transsexualität, trotz der steigenden Prävalenzen, weiterhin als selten einzuschätzen (siehe Tab.1).

In Deutschland wurde für den Zeitraum von 1981 bis 1990 anhand gerichtlicher Entscheidungen zur Vornamens- und Personenstandsänderung eine 10-Jahres-Prävalenz von 2,1 zu 100 000 errechnet. Dabei lag das Verhältnis der MzF-Transsexuellen gegenüber FzM-Transsexuellen zunächst bei 2,3 zu 1 (Weitze und Osburg 1996). Später verschob sich das Geschlechterverhältnis zugunsten der FzM-Transsexuellen auf etwa 1,6 zu 1 bzw. 1,2 zu 1 (Senf und Strauß 2009, Garrels et al. 2000). Sigusch (1997) schätzte die Anzahl erwachsener Transsexueller für Deutschland auf 2000 bis 4000.

In anderen Ländern besteht nach wie vor eine erhöhte Prädominanz der weiblichen Transsexuellen (siehe auch Tab.1), welche sich wie folgt im Verhältnis zwischen MzF- und FzM-Transsexuellen widerspiegelt: in Spanien 2,2 zu 1 (Gomez-Gil et al. 2009) und in Belgien 2,43 zu 1 (De Cuypere et al. 2007).

Im Iran (Ahmadzad-Asl et al. 2013) und Serbien (Vujovic et al. 2009) herrscht dagegen ein ähnliches Geschlechterverhältnis wie in Deutschland mit 1 zu 1.

Eine Erklärung für die ermittelte Prädominanz der transsexuellen Frauen könnte das Fehlen von klaren Kategorisierungen sein. So wird angenommen, dass in die Gruppe der MzF-Transsexuellen häufiger Transvestiten und effeminierte Transsexuelle mit eingeschlossen worden (Landen et al. 1996).

3.3 Das deutsche Transsexuellengesetz

Der Erlass des Transsexuellengesetzes(TSG) erfolgte am 10. September 1980. Bis heute gilt es als das einzige Gesetz (lex specialis), welches ausschließlich zur Linderung der Leiden einer bestimmten Personengruppe geschaffen wurde(Beier et al. 2005).

Im TSG werden unter anderem die Voraussetzungen für die gesetzliche Vornamensänderung bzw. die Änderung der Geschlechtszugehörigkeit, einst auch „kleine“ und „große Lösung“ genannt, geregelt.

Nach § 1 TSG, Abs. 1, Nr. 1 und 3 muss sich die Person für eine Vornamensänderung dem anderen Geschlecht zugehörig fühlen und seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang stehen, nach dieser Vorstellung leben zu wollen. Ebenso muss mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen sein, dass sich dieses Zugehörigkeitsempfinden nicht mehr ändern wird. Für die Bewilligung des Antrages müssen dem Gericht zwei Gutachten von zwei unabhängigen Sachverständigen vorliegen. Die Gutachter werden entweder vom Gericht festgelegt oder vom Antragsteller selbst vorgeschlagen, wobei es sich hier anbietet, bereits behandelnde Ärzte/Psychologen zu nennen(Augstein 1996).

Die Personenstandsänderung wird im § 8 des TSG geregelt. Dort wurden in den letzten Jahren einige Veränderungen an den Bedingungen vorgenommen. Seit dem 11.1.2011 müssen für die Änderung der Geschlechtszugehörigkeit weder eine dauerhafte Fortpflanzungsunfähigkeit, noch geschlechtskorrigierende Schritte zur deutlichen Angleichung des Erscheinungsbildes vorgewiesen werden(Abs. 1, Nr. 3 und 4). Da diese verpflichtenden Voraussetzungen fehlen, kann nun das juristische Geschlecht unabhängig vom medizinisch-biologischen Geschlecht festgelegt werden(Nieder und Richter-Appelt 2012).

Ebenso wurde die Bedingung der Ehelosigkeit (Abs. 1, Nr. 2) vom BVerfG 2008 außer Kraft gesetzt, sodass zum aktuellen Zeitpunkt für die Personenstandsänderung die gleichen Voraussetzungen gelten wie für die Vornamensänderung nach § 1.

3.4 Ursachen

Bisher konnte noch keine eindeutige Ursache für Transsexualität gefunden werden. Zum jetzigen Zeitpunkt wird von einem multifaktoriellen Geschehen ausgegangen, welches sich sowohl aus biologischen, als auch aus psychosozialen Ansätzen zusammensetzt.

Biomedizinische Theorien bauen darauf auf, dass sich die sexuelle Entwicklung nicht nur anhand der äußeren Geschlechtsmerkmale vollzieht, sondern auch im Gehirn eine Differenzierung zwischen Mann und Frau stattfindet (Hines et al. 1992, Juraska 1991).

Diese Differenzierung bzw. sexuelle Reifung des Gehirns wird durch den prä- und postnatalen Hormonhaushalt beeinflusst (Zucker und Bradley 1995). Schon in frühen Tierexperimenten zeigte sich, dass sich das Gehirn männlich differenzierte, wenn in einer kritischen Phase ausreichend Testosteron vorhanden war. Lag ein Testosteronmangel vor, entwickelte sich das Gehirn weiblich (Gooren 1986). Jedoch wurden keine Unterschiede im hormonellen Status zwischen Transsexuellen und anderen Kontrollgruppen gefunden, sodass sich die Geschlechtsidentität nicht ausreichend durch den hormonellen Einfluss erklären lässt (Gooren 1990).

Andere Studien gehen davon aus, dass die Geschlechtsdifferenzierung des Gehirns nicht immer der des Körpers folgen muss. Sie entdeckten Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht und der Geschlechtsidentität in verschiedenen neuroanatomischen Strukturen, die anscheinend Auswirkungen auf unser Geschlechtsverhalten besitzen (Bao und Swaab 2011). Zhou et al. (1995) fanden als eine der ersten bei männlichen Transsexuellen Hypothalamuskern, die signifikant kleiner als bei biologischen Männern und ähnlich groß wie bei biologischen Frauen waren. Diese Entdeckung stützt die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen der Größe der Nervenkerne und der Geschlechtsidentität besteht. Einen weiteren Ansatz untersuchten Henningsson et al. (2005). Sie fanden bei 29 MzF-Transsexuellen Polymorphismen in den Genen für die Androgen-Rezeptoren, die Aromatase und die Östrogen- β -Rezeptoren. Daraus schlussfolgerten sie, dass aufgrund der Polymorphismen, die Wahrscheinlichkeit ein transsexuelles Bewusstsein zu entwickeln, möglicherweise erhöht sein könnte. Jedoch sind für genauere Aussagen noch weitere Untersuchungen notwendig.

Als mögliche psychosoziale Ursachen werden das Drängen des Kindes in eine gewünschte Geschlechtsrolle durch die Eltern, eine sehr enge Bindung zur Mutter oder aber das Fehlen des gleichgeschlechtlichen Elternteils diskutiert. Jedoch gibt es keine empirischen Studien, die diese Hypothese unterstützen (Cohen-Kettenis und Gooren 1999).

Einige Autoren sind der Meinung, dass Transsexualität entpathologisiert und „als normale Variante der Geschlechtsidentität“ betrachtet werden sollte. Andere sehen Transsexualismus weiterhin als „pathologische Form der Geschlechtsidentität“, wobei diese Ansicht, durch das Bestreben Ursachen zu finden, untermauert wird (Rauchfleisch 2009).

3.5 Subtypisierungen innerhalb der Transsexualität

Nicht alle Transsexuellen gehen bzgl. ihrer Entwicklung oder der sexuellen Orientierung den gleichen Weg. Im Laufe der Forschung konnten Differenzen zwischen Frau-zu-Mann- und Mann-zu-Frau-Transsexuellen festgestellt werden.

Als eine der Ersten unterschieden Person und Oversey (1974) zwischen primären und sekundären Transsexuellen, wobei sie fälschlicherweise annahmen, dass nur die primäre Transsexualität die „echte“ sei. Mittlerweile wird jedoch die Meinung vertreten, dass sekundäre Transsexuelle nicht weniger „echt“ sind (Clement und Senf 1996b). Während die Gruppe der primären Transsexuellen ihr Bewusstsein für Transsexualität bereits in der frühen Kindheit entwickeln, entdeckt die andere Gruppe dieses erst im späteren Lebensalter für sich. Später führten Doorn et al. (1994) die Begriffe der early- und late-onset Transsexuellen ein.

Wie bereits erwähnt, existieren nicht nur Unterschiede im Zeitpunkt der Manifestation, sondern auch bzgl. der sexuellen Orientierung. So gibt es biologische Männer, die sich als heterosexuelle Frauen sehen und eine Beziehung mit einem heterosexuellen Mann anstreben. Sie werden „androphil“ genannt. Als „gynäphil“ werden dagegen entweder biologische Männer, die sich als lesbische Frau erleben, oder biologische Frauen, die sich als heterosexuellen Mann sehen und eine Partnerschaft mit einer Frau eingehen möchten, bezeichnet. Eine Sonderform stellt die von Blanchard definierte „Autogynäphilie“ dar, bei der Männer sich selbst als Frauen vorstellen und dadurch erregt werden (Lawrence 2007). Die ersten Einteilungen in homosexuelle und heterosexuelle MzF-Transsexuelle führte Blanchard (1988) durch. Damals vermutete er unter nicht-homosexuellen Transsexuellen häufiger Fetischismus. Nuttbrock et al. (2011) konnten diese Vermutung später bestätigen.

In folgender Tabelle (Tab. 2) werden die von Beier et al. (2005) herausgearbeiteten Unterschiede zwischen den Subgruppen noch einmal verdeutlicht. Insgesamt scheinen FzM-Transsexuelle eher zur Transsexualität zu finden, was sich auch durch das jüngere Alter bei der Erstvorstellung bemerkbar macht. Damit werden sie hauptsächlich zur Gruppe der early-onset Transsexuellen zugeordnet, welche sich durch offenes Cross-dressing und einer klaren Präferenz für jungentypisches Verhalten in der Kindheit abzeichnet. Ihre sexuelle Orientierung ist häufig gynäphil. Bei MzF-Transsexuellen kommen sowohl early-, als auch late-onset Transsexuelle vor. Während die primären MzF-Transsexuellen, ähnlich wie FzM-Transsexuelle, früh zur Mädchen-/Frauenrolle finden, zeigen die sekundären MzF-Transsexuellen in der Kindheit eher ein geschlechtsindifferentes Verhalten und tragen weibliche Kleidung überwiegend heimlich. Bezüglich der sexuellen Orientierung sind jüngere

MzF-Transsexuelle eher androphil, ältere dagegen hauptsächlich gynäphil oder sogar autogynäphil.

Tabelle 2: Unterschiede zwischen den transsexuellen Subgruppen

Kriterien	FzM- Transsexuelle	MzF-Transsexuelle	
		primäre Transsexualität	sekundäre Transsexualität
Alter - Erstvorstellung	20 – 30 Jahre	ca. 20 Jahre	30 – 40 Jahre
Gruppe	early-onset	early-onset	late-onset
Verhalten in Kindheit	jungentypisches Verhalten	mädchentypisches Verhalten	geschlechts-indifferent
Cross-dressing	offen	offen	heimlich
sexuelle Orientierung	- gynäphil	- androphil	- gynäphil - autogynäphil - fetischistischer Transvestitismus

Quelle: Beier et al. (2005)

Die beschriebene Subgruppeneinteilung kann hilfreich sein, wenn es um die verschiedenen Ansätze in der vorbereitenden Psychotherapie geht. So ist bei primären Transsexuellen die Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit der Familie oder dem beruflichen Umfeld vorrangig, während sekundäre Transsexuelle in erster Linie Hilfe bei der Lösung ihres innerseelischen Konfliktes benötigen, um für sich eine innere Akzeptanz zu finden (Rauchfleisch 2009).

3.6 Behandlungsmöglichkeiten

An Therapieansätzen stehen folgende Möglichkeiten zur Auswahl: die Psychotherapie, der sogenannte „Alltagstest“, in dem Transsexuelle für einen gewissen Zeitraum ihre gewünschte Geschlechtsrolle nach außen leben, die Hormontherapie und die chirurgische Angleichung der primären Geschlechtsmerkmale. Ziel aller Behandlungsmöglichkeiten ist es, die Geschlechtsdysphorie unter den Betroffenen zu lindern. Dabei bestimmt der Betroffene selbst, welche und wie viele Interventionen er vornehmen möchte. Etwa 77-80% der Transsexuellen erhalten eine hormonelle und/oder chirurgische Therapie (Kesteren et al. 1996). Die medizinische Versorgung für Transsexuelle orientiert sich an der 7. Version der „Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming People“ (SOC),

welche von der World Professional Association for Transgender Health (WPATH) als international geltende Leitlinie entwickelt wurde.

3.6.1 Psychotherapie und Alltagstest

Nach der 7. Version der SOC stellt die Psychotherapie keine zwingende Voraussetzung für die Einleitung der hormonellen oder operativen Therapie dar. Hierfür würde lediglich eine Begutachtung der psychischen Verfassung ausreichen (WPATH 2011). Jedoch legte in Deutschland 2009 der „Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen“ (MDS) in der „Begutachtungsanleitung für geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität“ fest, dass eine 12-monatige Psychotherapie nachgewiesen werden muss, um eine Kostenübernahme seitens der Krankenkassen fordern zu können.

Als primäres Ziel der Psychotherapie gilt die Diagnosestellung nach den Definitionskriterien des ICD-10 und DSM-V. Dafür sind nicht nur das Erheben einer biografischen Anamnese mit dem Augenmerk auf die Geschlechtsidentitätsentwicklung, die psychosexuelle Entwicklung und die sozialen Einflüsse von Bedeutung, sondern auch die Abklärung psychopathologischer Auffälligkeiten, wie Schizophrenie oder Persönlichkeitsstörungen (Becker et al. 1998).

Steht die Diagnose fest, ist es die Aufgabe des Psychotherapeuten, den Betroffenen auf dem Weg seiner Geschlechtsidentitätsänderung zu begleiten und gemeinsam mit dem Transsexuellen eine Geschlechtsrolle zu finden, die für ihn angenehm ist.

Weiterhin zählt zu den Aufgaben die Transsexuellen während ihres Alltagstests zu betreuen und die somatische Therapie vorzubereiten, indem über die Grenzen und Risiken der hormonellen und operativen Eingriffe aufgeklärt wird (Clement und Senf 1996a). Dabei sollte die therapeutische Haltung gegenüber den Umwandlungsoptionen stets neutral sein.

Über eine Weiterführung der Psychotherapie nach erfolgter Operation kann individuell und nach Bedarf entschieden werden.

Der sogenannte Alltagstest ist eine Selbsterprobung in der gewünschten Geschlechtsrolle, wobei der Betroffene durchgängig über 24 Stunden und in allen Lebensbereichen für mindestens ein Jahr in dieser Rolle leben muss (Kockott 1996). Laut dem MDS wird der Alltagstest ebenfalls für eine mögliche Kostenübernahme der Hormontherapie gefordert. Eine der schwierigsten Hürden stellt dabei die Reaktion des Umfeldes dar (Michel et al. 2001). Daher ist in dieser Zeit eine begleitende Psychotherapie notwendig.

3.6.2 Hormontherapie

Mit der Einnahme von Hormonen werden die ersten Angleichungen an das gewünschte Geschlecht vollzogen. Als Leitfaden für die medizinische Versorgung in Deutschland werden bis heute die „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ von Becker et al. (1998) verwendet. Auf sie wird in dieser Arbeit Bezug genommen. Aktuell werden jedoch die Standards durch die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) überarbeitet und demnächst durch eine evidenzbasierte AWMF-Leitlinie ersetzt (Nieder und Strauß 2014).

Die Indikation sollte sorgfältig von einem behandelnden Psychotherapeuten getroffen werden, da die Veränderungen häufig irreversibel sind. Zu den Voraussetzungen zählt neben der 12-monatigen Psychotherapie der bereits erwähnte einjährige Alltagstest (MDS 2009).

Vor Beginn der Hormontherapie sind eine körperliche Untersuchung, die Bestimmung einiger Laborwerte (Leberenzyme, Blutgerinnung, Gonadotropine) sowie die Überprüfung der gonadalen Funktion (Östrogen, Testosteron) notwendig (Sohn und Bosinski 2007). Weiterhin muss über mögliche Folgen und die Notwendigkeit einer lebenslangen Hormoneinnahme aufgeklärt werden.

Die Hormonsubstitution erfolgt entweder parenteral oder transdermal, wobei FzM-Transsexuelle nur Testosteron und MzF-Transsexuelle eine Kombination aus Östrogen und einem antiandrogenen Progesteron oder einem GnRH-Agonisten erhalten (Hembree et al. 2009). Während bei den FzM-Transsexuellen eine Zunahme der Muskelmasse, der Gesichts-/Körperbehaarung und der Libido bemerkbar sind, haben die Hormone bei MzF-Transsexuellen eher eine Reduzierung dieser genannten Merkmale zur Folge. Zusätzlich setzt bei transsexuellen Frauen durch die Einnahme weiblicher Hormone das gewünschte Brustwachstum ein. Mit den körperlichen Veränderungen beschreiben viele Betroffene eine Verbesserung in der Lebensqualität, in der psychologischen Stabilität und im Sexualleben (Murad et al. 2010) sowie eine Reduzierung des Stresspegels (Colizzi et al. 2013).

Die lebenslange Hormoneinnahme birgt jedoch einige Risiken und Nebenwirkungen, die in zahlreichen Studien näher untersucht wurden. Infolge der Hormonsubstitution ist die Morbidität bei Transsexuellen gegenüber der Restbevölkerung erhöht. Die Mortalität bleibt dagegen unbeeinflusst (van Kesteren et al. 1997, Asscheman et al. 2011). Als Hauptkomplikation gilt bei MzF-Transsexuellen die tiefe Beinvenenthrombose. Aufgrund der Östrogengabe besteht hierfür ein 20fach erhöhtes Risiko (Moore et al. 2003). Wierckx et al. (2013) stellte bei weiblichen Transsexuellen ein gesteigertes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse wie Myokardinfarkt und Apoplex fest und auch Gooren et al. (2008) wiesen,

aufgrund des bestehenden Androgenentzuges und dem gleichzeitigen Östrogenanstieg, einen negativen Einfluss auf kardiovaskuläre Risikofaktoren nach.

Im Gegensatz dazu konnte für männliche Transsexuelle kein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignissenachgewiesen werden. Ebenso bestand in der Studie von Wierckx et al. (2012) trotz des verringerten Östrogenspiegels keine verstärkte Anfälligkeit für Osteoporose. Die Probleme bestehen eher bezüglich der erhöhten Neigung für Akne und Haarausfall, unter denen FzM-Transsexuellen stark leiden (Wierckx et al. 2014).

Zudem gibt es bisher keinen Anhalt dafür, dass die langjährige Hormontherapie bei beiden transsexuellen Subgruppen einen negativen Einfluss auf das Auftreten von hormonabhängigen Tumoren hat (Wierckx et al. 2012).

3.6.3 Operationen

Um in Deutschland geschlechtsangleichende Operationen durchführen bzw. eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen einfordern zu können, müssen laut MDS folgende Bedingungen erfüllt sein: Nachweis einer 18-monatigen Psychotherapie, eines ebenfalls 18-monatigen Alltagstests sowie eine regelmäßige Hormoneinnahme über mindestens 6 Monate. Jedoch nehmen nicht alle Transsexuelle den Weg der geschlechtsangleichenden Operationen. In der Studie White und Ettner (2004) bevorzugten nur 50% der Transsexuellen eine Lösung mit operativer Behandlung.

MzF-Transsexuelle können sich folgenden Operationen unterziehen: Brustaufbau, Orchiectomie, Penektomie, Vaginoplastik mit Klitoro-/Lappenplastik.

Durch langjährige Östrogentherapie entwickelt sich meist schon eine weibliche Brust, jedoch ist die Größe für einige MzF-Transsexuellen nicht ausreichend. Daher entscheiden sie sich für eine zusätzliche operative Brustvergrößerung mit Einsetzen von Brustimplantaten (Sohn und Bosinski 2007). Die Vaginoplastik kann, nach Entfernung von Penis und Hoden, aus verschiedenen Hautlappen rekonstruiert werden. Am häufigsten werden heutzutage penoscrotale Lappen verwendet. Hierbei wird zunächst der Penis nach innen gestülpt und mit einem Hodensacklappen verstärkt. Diese Technik hat zum Vorteil, dass der Lappen weniger kontrahiert, besser innerviert und nicht behaart ist. Jedoch ist die Menge der penilen Haut und somit die Tiefe der möglichen Neovagina begrenzt. Als Alternative kann die Verwendung eines gestielten intestinalen Transplantates vom rektosigmoidalen Übergang in

Betracht gezogen werden. Es ist von der Erscheinung und der vaginalen Sekretion der normalen Vagina am ähnlichsten. Doch bedingt dies einen zusätzlichen abdominellen Eingriff bzw. können Kolitiden und Stenosen auftreten (Selvaggi et al. 2005). Generell müssen alle Neovaginae, regelmäßig bougiert oder durch Geschlechtsverkehr geweitet werden, da bis zu 10% der Neovaginae dazu neigen wieder zu schrumpfen (Sohn und Peek 1999, Wagner et al. 2010).

Die Schamlippen werden aus der Scrotalhaut dargestellt. Als Klitoris wird ein Teil der Glans penis mit dorsalem neurovaskulärem Bündel subkutan eingebracht (Krege et al. 2001).

FzM-Transsexuelle können dagegen zwischen Brustentfernung, Hysterektomie mit Ovariectomie, Vaginectomie, Metoidioplastik, Hodenplastik, Urethroplastik und Phalloplastik mit Hodenprothese wählen.

Als erster Eingriff erfolgt meist die subkutane Mastektomie. Ihr schließt sich oftmals nach zwei bis drei Monaten eine Gebärmutter- und Eierstockentfernung an, die entweder laparoskopisch oder per Laparotomie durchgeführt wird (Sohn und Bosinski 2007).

Gegenüber dem operativen Aufbau des männlichen Gliedes besitzen viele Frau-zu-Mann-Transsexuelle eine ambivalente Einstellung. Nur etwa die Hälfte entscheidet sich für eine Phalloplastik (Wierckx et al. 2011).

Eine Alternative stellt die Metoidioplastik dar. Hier wird die durch Androgentherapie vergrößerte Klitoris zum Penis lang gezogen und an der Spitze eine Urethraplastik eingesetzt. Als Nachteil erweist sich die kurze Länge, die oftmals für den Geschlechtsverkehr und für das Urinieren im Stehen nicht ausreichend ist (Sutcliffe et al. 2009).

Anders als bei MzF-Transsexuellen existiert noch keine Standardmethode bzgl. des äußeren Genitalaufbaus (Becker et al. 1998). Jedoch etabliert sich, seit es die Möglichkeit gibt durch Mikrochirurgie neurovaskuläre Anastomosen zu bilden, zunehmend die Penisrekonstruktion aus einem Hautlappen von Unterarm oder Unterschenkel. In vielen Kliniken wird die Unterarm-lappenplastik, auch Radialis-lappenplastik genannt, praktiziert (Baumeister et al. 2011, Doornaert et al. 2011), sodass in dieser Arbeit nur auf diese Technik näher eingegangen wird. Sie ist ein interdisziplinärer Eingriff. Der Urologe übernimmt die Vaginectomie und die Präparation des Urethrastumpfes, während die plastischen Chirurgen den Lappen vom nicht-dominanten Unterarm frei präparieren und mittels der „tube in tube technique“ den Neophallus mit Harnröhre nachbilden. Dann werden die Unterarmnerven mit den Klitorisnerven bzw. die Unterarmgefäße mit den Epigastricagefäßen und der Vena saphena magna verknüpft. Aus den großen Schamlippen wird das Scrotum aufgebaut. Sechs bis zwölf Monate nach der

kompletten urethralen Heilung kann eine Penis- und Hodenprothese eingesetzt werden (Salgado et al. 2012).

Dies ist ein komplexer chirurgischer Eingriff, der mindestens vier bis fünf Operationen im Abstand von drei Monaten impliziert. Häufige Komplikationen sind neben der Narbenbildung am Unterarm, die Entstehung von Harnröhrenfisteln bzw. -stenosen im Anastomosenbereich (Sohn und Peek 1999), sowie Nekrosen am Phallus und Spätthrombosen (Baumeister et al. 2011, Garaffa et al. 2010). Trotz der Risiken und Komplikationen ermöglicht die Radialisplastik als eine der wenigen Techniken zum einen das Urinieren im Stehen zum anderen eine sexuelle Befriedigung durch Geschlechtsverkehr. Zudem erzielt sie gute kosmetische Resultate sowie hervorragende Ergebnisse in der taktilen und erogenen Sensitivität (Doornaert et al. 2011, Khouri et al. 1998).

3.7 Postoperative Follow-up-Studien

Viele Studien beschäftigen sich mit „Follow-up-Untersuchungen“ von Transsexuellen. Hier werden neben der persönlichen Entwicklung, Veränderungen oder Verbesserung hinsichtlich psychischer und sozialer Aspekte nach geschlechtsangleichenden Operationen analysiert. Häufig dienen sie zur Messung der Effizienz der sich immer weiter entwickelnden hormonellen und operativen Möglichkeiten.

Als eine der Ersten fassten Pfaefflin und Junge (1992) Katamnesen über einen Zeitraum zwischen 1961 bis 1991 zusammen. Sie belegten mithilfe von 80 qualitativ unterschiedlichen Studien bzw. Reviews, dass geschlechtsangleichende Operationen überwiegend positive Auswirkungen besaßen. Insgesamt waren 71,4% der MzF-Transsexuellen und 89,5% der FzM-Transsexuellen mit dem Operationsergebnis zufrieden. Es fanden sich Verbesserungen in der Geschlechtsdysphorie, in der Partnerschaft und im sexuellen Erleben sowie auf der sozioökonomischen und psychischen Ebene. Smith et al. (2005), Lobato et al. (2006), Rehman et al. (1999) und Rakic et al. (1996) kamen ebenfalls zu diesem Ergebnis. Jedoch schien bei Pfaefflin und Junge (1992) der positive Effekt unter FzM-Transsexuellen zu überwiegen. Diese Tendenz wurde später Johansson et al. (2010) bestätigt. Rauchfleisch et al. (1998) gehörten zu den Wenigen, die nach operativer Geschlechtsangleichung vor allem bei MzF-Transsexuellen eine Verschlechterung im sozialen Bereich und Befinden nachwiesen. Jedoch handelte es dabei nur um eine kleine Stichprobe von 13 transsexuellen Frauen.

Speziell mit dem Thema des sexuellen Erlebens nach geschlechtsaufbauenden Operationen beschäftigten sich u.a. Krege et al. (2001), De Cuypere et al. (2005), Salvador et al. (2012) und

Imbimbo et al. (2009). In der Mehrheit der Fälle waren die Betroffenen mit ihrem Sexualleben nach der Operation zufrieden, einige sprachen von einer Verbesserung im Vergleich zur präoperativen Situation.

Jedoch beeinflussen die Operationen nicht nur das Sexualleben sondern können auch Auswirkungen auf die sexuelle Orientierung besitzen. Bereits Daskalos (1998) beobachtete nach der Geschlechtsumwandlung unter 20 Transsexuellen bei sechs MzF-Transsexuellen einen Wechsel der sexuellen Orientierung. Vor der Operation fühlten sich die sechs Betroffenen zu Frauen hingezogen, danach eher zu Männern. Weitere Studien bestätigten ebenfalls eine Veränderung der sexuellen Präferenz bei Transsexuellen (Bockting et al. 2009, Dozier 2005).

Laut einem Review von Follow-up Studien (Michel et al. 2002) bereuten nur etwa 1% der Transsexuellen, den operativen Schritt gewagt zu haben. Seit den 70er Jahren wurden Faktoren gesucht, die diesen Zustand beeinflussen. Einen negativen Einfluss sollen u.a. ein Alter über 30, sekundäre Transsexualität, eine heterosexuelle Orientierung sowie psychosoziale Instabilität besitzen (Olsson und Moller 2006).

Byne et al. (2012) waren ebenfalls der Meinung, dass das Alter zum Zeitpunkt des operativen Eingriffes eine Rolle in der Zufriedenheit spielt. So kamen Reuefälle bei „late-onset“ Transsexuellen häufiger vor als bei „early-onset“.

Lawrence (2003) bestätigte die bisher genannten Einflussfaktoren nicht. Das Outcome sei weder vom Alter bei OP-Eingriff noch von der sexuellen Orientierung oder einer vorangegangenen Eheschließung abhängig. Ungeachtet der Differenzen sind sich die Autoren einig, dass für ein gutes Outcome eine gute Operationsqualität bzw. die Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis eine bedeutende Rolle spielt.

Entschieden sich Transsexuelle gegen eine operative Veränderung, beruhte dies hauptsächlich auf sozioökonomischen Gründen. Die Betroffenen vertraten in diesem Fall die Meinung, dass der aktuelle Beruf oder die bestehende Partnerschaft nur in der biologischen Geschlechtsrolle möglich wären (Kockott und Fahrner 1987).

Wie bereits oben beschrieben, haben die verschiedenen Therapiemaßnahmen einen positiven Einfluss auf die verschiedenen Lebensbereiche der Transsexuellen. Jedoch treffen die bisherigen Untersuchungen keine Aussage darüber wie sich die allgemeine Lebensqualität der Transsexuellen im Vergleich zur Lebensqualität der restlichen Bevölkerung verhält. Daher wurde dieser Aspekt von neueren Studien näher beleuchtet. Dabei stellte sich heraus, dass trotz der verbesserten Lebenssituation, Transsexuelle nicht die Lebensqualität der Gesamtbevölkerung erreichten. Gerade die Lebensqualität in den Bereichen „Gesundheit“

bzw. „psychische Verfassung“ (Kuhn et al. 2009, Newfield et al. 2006, Ainsworth und Spiegel 2010), aber auch „Einkommen“, „Arbeit“, und „Familie“ (Zimmermann et al. 2006) war gegenüber der restlichen Bevölkerung verringert. Dem gegenüber stellt sich die Studie von Motmans et al. (2012), die keine Unterschiede in der Lebensqualität zwischen weiblichen Transgender-Personen und der holländischen Bevölkerung nachweisen konnte.

Ein Grund für diese widersprüchlichen Ergebnisse könnte darin bestehen, dass die eben genannten Studien unterschiedliche Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität verwendeten und somit die Vergleichbarkeit der Daten eingeschränkt ist.

4. Ziele der Arbeit

Mithilfe dieser Arbeit soll eine Katamnese von Transsexuellen erhoben werden, die im Zeitraum zwischen 2005 und 2010 aufgrund ihres Antrages auf Vornamens- und Personenstandsänderung am Institut für psychosoziale Medizin und Psychotherapie in Jena psychologisch begutachtet wurden. Der Schwerpunkt lag daher vor allem auf der retrospektiven Ermittlung des persönlichen Werdeganges dieser Transsexuellen. Bei der durchgeführten Erhebung wurden bisher unternommene oder zukünftig geplante Schritte in der Geschlechtsangleichung erfragt, sowie deren Einfluss auf die psychische Stabilität und die Beurteilung des eigenen Körpers analysiert. Zudem wurde anhand verschiedener Kriterien beleuchtet, wie es den an der Studie teilnehmenden Transsexuellen gelang, sich nach der Vornamensänderung sozial zu integrieren. All diese Aspekte wurden zwischen FzM- und MzF-Transsexuellen verglichen und auf eventuell bestehenden Unterschieden überprüft. Folgende Fragestellungen ließen sich daraus ableiten:

Fragestellung 1

Wie unterscheiden sich die Subgruppen bezüglich ihrer transsexuellen Entwicklung?

In zahlreichen Studien u.a. bei Bodlund und Kullgren (1996), Johansson et al. (2010) waren untersuchte MzF-Transsexuelle älter als FzM-Transsexuelle. Der Altersunterschied wurde als späteres Bewusstwerden der eigenen Transsexualität bzw. als späteres Entschließen für geschlechtsangleichende Schritte unter MzF-Transsexuellen interpretiert. Es soll überprüft werden, ob sich bei den begutachteten transsexuellen Frauen ebenfalls eine verzögerte transsexuelle Entwicklung replizieren lässt. Zudem sollen weitere Charakteristika, die eventuell im Zusammenhang mit dem höheren Alter stehen, eruiert werden.

Fragestellung 2

Wie zufrieden sind die befragten Transsexuellen mit ihrem eigenen Körper?

- Besteht ein Zusammenhang zwischen der Körperwahrnehmung und der Anzahl der durchgeführten geschlechtsangleichenden Maßnahmen?

Wie bereits erwähnt, besteht für viele Transgender-Personen zu Beginn ein hoher Leidensdruck, da der biologische Körper nicht der angestrebten Geschlechtsidentität

entspricht. Mit dieser Fragestellung soll untersucht werden, wie zufrieden die Transgender-Personen nach der Vornamensänderung mit ihrem Körper sind und welche Maßnahmen sie seit der Gutachtenerhebung durchführen ließen. Dabei sollen die beiden Geschlechtsidentitäten miteinander verglichen werden, um mögliche Unterschiede festzustellen. Des Weiteren soll geprüft werden, inwiefern ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der durchgeführten geschlechtsangleichenden Maßnahmen und der Zufriedenheit besteht.

Fragestellung 3

Ist Transsexualität mit einer erhöhten psychischen Belastung verbunden?

- Wie häufig treten psychische Komorbiditäten auf?
- Gibt es Suizidversuche unter den begutachteten Transsexuellen?

Es gibt bereits mehrere Studien, die bei Transgender-Personen psychiatrische Komorbiditäten nachweisen konnten (Dhejne et al. 2011, Levine 1980). Ebenso ermittelten einige Studien ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche (Fitzpatrick et al. 2005, Haas et al. 2014). Daher wird vermutet, dass aufgrund der bestehenden Inkongruenz zwischen dem biologischen Körper und dem angestrebten Geschlecht, eine erhöhte psychische Belastung unter den teilnehmenden Transsexuellen besteht. Zudem soll in einem weiteren Schritt anhand der Gutachten das Vorhandensein von psychischen Komorbiditäten sowie das Auftreten von Suizidversuchen untersucht werden. Beides kann ebenfalls Ausdruck eines starken psychischen Stresses sein.

Fragestellung 4

Wie gut gelang es den befragten Transgender-Personen sich nach der gesetzlichen Vornamensänderung sozial zu integrieren?

In bisherigen Studien (Pfaefflin und Junge 1992, Johansson et al. 2010) hatten es vor allem MzF-Transsexuelle schwerer sich sozial zu integrieren. Diese These soll anhand der Bereiche „soziales Umfeld“, „Partnerschaft“ und „Arbeitssituation“ für diese Stichprobe näher beleuchtet werden. Darüber hinaus sollen bisherige Erfahrungen, die die Transgender-Personen auf dem Weg der Geschlechtsidentitätsänderung in Bezug auf Institutionen und transphobe Übergriffe sammelten, einbezogen werden.

5. Methodik

5.1 Ablauf der Studie

Aus einem Pool von 44 Transsexuellen, die am Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie der Universität Jena im Zeitraum von 2005 bis 2010 psychologisch begutachtet wurden, konnten 16 Transsexuelle für eine Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Die Durchführung der Datenerhebung gestaltete sich folgendermaßen:

15 Transsexuelle wurden im März 2012 zu einem persönlichen Interview ins psychologische Institut nach Jena eingeladen. Für das Gespräch wurde ca. eine Stunde als Zeitrahmen eingeplant. Das durch mich durchgeführte Interview beinhaltete 10 Fragen. Im Anschluss erfolgte die Beantwortung eines aus drei Teilen bestehenden Fragebogens.

Ein Teilnehmer wurde am Telefon interviewt. Der Fragebogen wurde ihm per Post zugesandt. Die mit Hilfe der Fragebögen erhobenen Daten wurden in eine Datenbank des Statistik-Programmes SPSS übertragen. Zusätzlich wurden die Angaben aus den 16 Interviews und aus allen 44 psychologischen Gutachten in selbst formulierte Items zusammengefasst. Anschließend wurden die Items als Datensatz im SPSS erfasst.

5.2 Stichprobengewinnung

Der Prozess der Stichprobengewinnung wird in Abbildung 1 veranschaulicht. Insgesamt standen 44 Transsexuelle, darunter 27 MzF-Transsexuelle und 17 FzM-Transsexuelle, als potenzielle Studienteilnehmer zur Verfügung. Alle wurden im Zeitraum von 2005 bis 2010 am Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie in Jena im Rahmen ihres gerichtlichen Antrages auf Vornamens-/Personenstandsänderung psychologisch begutachtet. Bei der Ermittlung des Wohnortes konnte von 5 Transsexuellen die aktuelle Meldeadresse nicht festgestellt werden. Daher wurden nur 39 Transgender-Personen gefragt, ob sie sich für eine Studienteilnahme bereit erklären würden. 17 Transsexuelle gaben keine Rückmeldung, 6 Transsexuelle lehnten eine Teilnahme aus verschiedenen Gründen ab. 16 Transsexuelle erklärten sich bereit ein Interview durchzuführen, darunter 8 MzF- und 8 FzM-Transsexuelle.

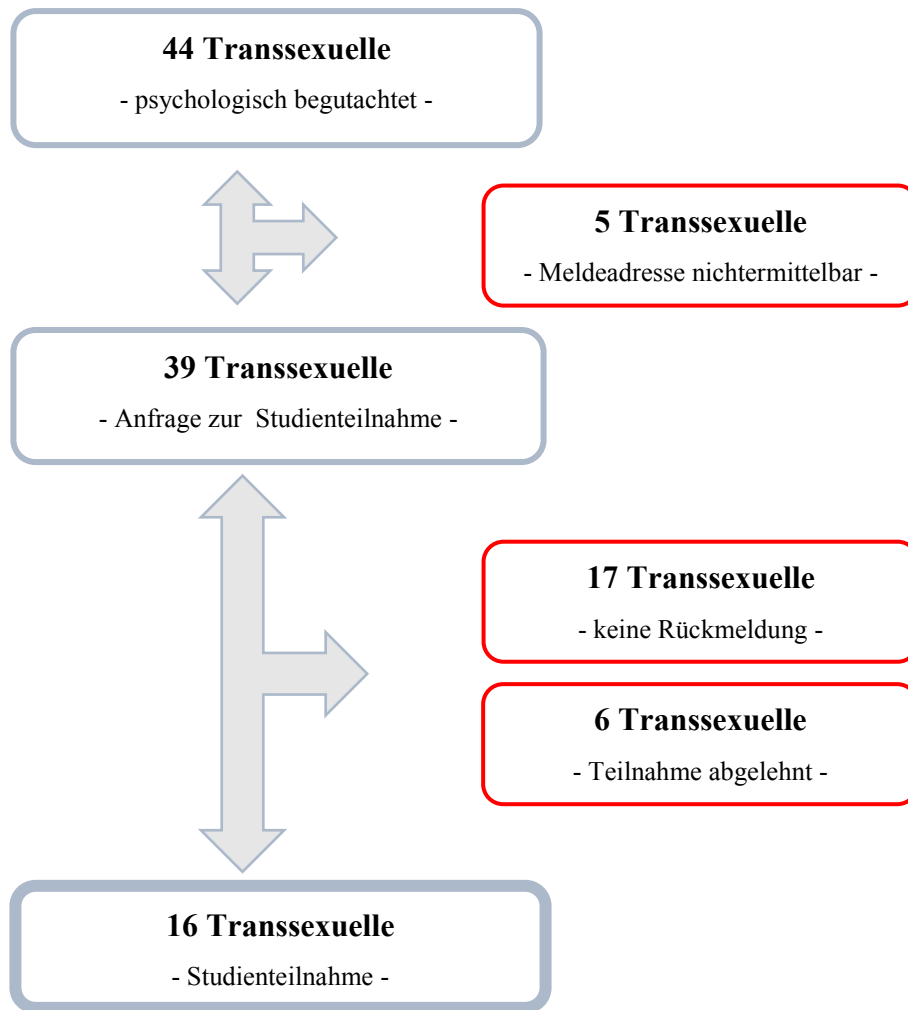


Abbildung 1: Prozess der Stichprobengewinnung (eigene Darstellung)

5.3 Messinstrumente

Der Fragebogen setzte sich insgesamt aus drei Teilen zusammen: dem „BI“-Fragebogen, der einen Überblick über die Themen Partnerschaft, Sexualität und sozialer Status gab, dem „BSI-50“-Fragebogen, der zur Beurteilung der psychischen Belastung diente und dem „BIS“-Fragebogen, der zur Selbsteinschätzung eigener Körperregionen /-teilen verwendet wurde.

Alle Studienteilnehmer wurden über die Anonymität der Befragung aufgeklärt. Zusätzlich wurde eine Einverständniserklärung zur Video- bzw. Tonaufnahme während des freien Interviews eingeholt (siehe Kap.10.4).

5.3.1 BI: Base-Information

Der BI wurde vom Institut für Sexualforschung und forensische Psychiatrie in Hamburg zur Verfügung gestellt. Er diente zur Erfassung von BasisInformationen (BI) und war ursprünglich speziell auf die Zielgruppe der FzM-Transsexuellen zugeschnitten.

Neben demografischen Merkmalen wurden vor allem folgende Schwerpunkte untersucht: soziale Kontakte und Hobbys, psychische und physische Belastungen, die eigene Kindheit und Familienverhältnisse, Geschlechtsentwicklung, medizinische Behandlungen, bisherige Partnerschaften sowie das Erleben von Sexualität.

Ursprünglich bestand der Fragebogen aus 95 Items. Die Antwortmöglichkeiten gestalteten sich hauptsächlich in zwei Formen: in Nominalskalen oder in Ordinalskalen, wobei die Nominalskalen entweder dichotom formuliert waren oder mehrere Ausprägungen besaßen. Nebenvorgegebenen Antworten war teilweise das Formulieren von freien Antworten möglich. Nach Bearbeitung wurde der Fragebogen auf 94 Items gekürzt. Die Frage „Haben Sie jemals Geld für sexuellen Kontakt bekommen?“ hatte für die weiterfolgende Untersuchung keine Relevanz und wurde daher aus dem Fragenkomplex herausgenommen.

Zudem wurde, neben der Ausgangsversion für FzM-Transsexuelle, eine zweite Variante für MzF-Transsexuelle erstellt. Dieses Vorgehen brachte keine inhaltliche Änderung, jedoch ermöglichte es ein geschlechtsspezifischeres Ansprechen der Teilnehmer.

5.3.2 BSI-50: Brief-Symptom-Inventory

Der Brief-Symptom-Inventory (BSI) gilt als etablierte Bewertungsskala, um die psychische Belastung eines Patienten zu messen. Er stellt eine Kurzform der aus 90 Fragen bestehenden Symptom-Checkliste-90-Revised (SCL-90-R) dar, welche u.a. von Derogatis und Melisaratos (1983) entwickelt wurde. Später modifizierte Gabriele Franke diesen Test und konzipierte den BSI-50, der insgesamt 53 physische und psychische Beschwerden beinhaltet. Zur Beantwortung dieses Fragebogens sollten die Teilnehmer mit Hilfe einer fünfstufigen Likert-Skala (0=überhaupt nicht, 1=ein wenig, 2=ziemlich, 3=stark, 4=sehr stark) entscheiden, welche der aufgezählten Beschwerden sie in den letzten sieben Tagen wie stark bedrängt oder gestört haben. Der Fragebogen wurde unverändert in die Studie übernommen.

Zur Auswertung des BSI, wurden die Beschwerden⁹ vorgegebenen Skalen zugeordnet (siehe Tab. 3). Für jede Skala wurde ein Summenwert gebildet, welcher sich aus den zur Skala zugehörigen Items zusammensetzte.

Tabelle 3: Skalen des Brief-Symptom-Inventory

Skala 1	Somatisierung	SOMA	7 Items	2, 7, 23, 29, 30, 33, 37
Skala 2	Zwanghaftigkeit	ZWAN	6 Items	5, 15, 26, 27, 32, 36
Skala 3	Unsicherheit im Sozialkontakt	UNSI	4 Items	20, 21, 22, 42
Skala 4	Depressivität	DEPR	6 Items	9, 16, 17, 18, 35, 50
Skala 5	Ängstlichkeit	ANGS	6 Items	1, 12, 19, 38, 45, 49
Skala 6	Aggressivität	AGGR	5 Items	6, 13, 40, 41, 46
Skala 7	phobische Angst	PHOB	5 Items	8, 28, 31, 43, 47
Skala 8	paranoides Denken	PARA	5 Items	4, 10, 24, 48, 51
Skala 9	Psychotizismus	PSYC	5 Items	3, 14, 34, 44, 53
	Zusatzfragen			11, 25, 39, 52

Quelle: Franke (1997)

Zusätzlich konnten drei globale Werte ermittelt werden, die eine Auskunft über das allgemeine Antwortverhalten gaben. Dazu zählten:

1. der GSI (Global Severity Index), der zur Messung der allgemeinen psychischen Belastung herangezogen wird,
2. der PSDI (Positive Symptom Distress Index), der die Antwortintensität misst und
3. der PST (Positive Symptom Total), der eine Aussage über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt, trifft.

In dieser Arbeit wurde von den drei möglichen globalen Kennwerten nur der Global Severity Index (GSI) bestimmt, da dieser als aussagekräftigstes Kriterium zur Beurteilung der Symptombelastung galt bzw. die anderen beiden kaum Anwendung in der Praxis fanden (Hardt und Brähler 2007).

Um den GSI zu berechnen, wurde der Mittelwert aus den 10 Skalenwerten gebildet, dabei ergaben sich so genannte Rohwerte. Der GSI wurde sowohl für MzF- als auch für FzM-Transsexuelle bestimmt.

Anschließend wurden die GSI-Werte in Bezug zu den von Franke (2000) ermittelten Normwerten für jeweils 300 psychisch gesunde Männer und Frauen gesetzt. Dafür war es notwendig, die Rohwerte in T-Werte zu transformieren, da erst diese unter Berücksichtigung von soziodemografischen Faktoren, eine Einordnung des GSI in

Bezug zum Durchschnitt ermöglichen. Die Transformierung zu T-Werten erfolgte anhand von Franke (2000) zur Verfügung gestellten geschlechtsspezifischen Normtabellen. Durch die T-Transformierung wurde der Mittelwert der Normgruppe auf 50 und die Standardabweichung auf 10 festgelegt. Daher galt der Bereich zwischen 40 und 60 als Normbereich. Werte größer 60 deuteten auf eine erhöhte Symptombelastung hin, Werte größer 70 sprachen für eine hohe Symptombelastung.

5.3.3 BIS: Body-Image-Scale

Die Body-Image-Scale wurde von Lindgren und Pauly (1975) für Transsexuelle formuliert. Er diene als Messinstrument für die Zufriedenheit mit bestimmten Körperpartien. Die uns vorliegende Fassung war ursprünglich nur auf FzM-Transsexuelle zugeschnitten. Daher fanden sich in der Aufzählung der Merkmale neben geschlechtsneutralen Körperpartien nur weibliche Geschlechtsmerkmale.

Bei der Überarbeitung erfolgte die Erweiterung der Items um die männlichen Geschlechtsmerkmale „Penis“ und „Hoden“. Da laut Duden die Begriffe „Statur“ und „Figur“ Synonyme waren, wurde nur das letztgenannte Item in die Endfassung übernommen. Daher bestand der in der Studie verwendete Fragebogen aus insgesamt 31 Items, die ursprüngliche Form aus 30 Items.

Folgende Körpermerkmale wurden dabei zu den primären Geschlechtsmerkmalen gezählt:

Penis, Hoden, Gesichts- und Körperbehaarung, Vagina, Klitoris, Uterus/Ovarien, männliche Brust, weibliche Brüste. Zu den sekundären Geschlechtsmerkmalen gehören: Hüfte, Figur, Taille, Arme, Erscheinung, Po, Bizeps, Muskeln, Gewicht, Oberschenkel und Kopfhare.

Die neutralen Merkmale fassten alle Körperteile zusammen, die nicht durch eine Hormontherapie beeinflusst wurden (Nase, Schulter, Kinn, Waden, Hände, Adamsapfel, Augenbrauen, Gesicht, Füße, Körpergröße).

Zur Beantwortung des Fragebogens war die Zahl anzukreuzen, die am besten die Zufriedenheit mit der entsprechenden Körperpartie widerspiegelte. Die Abstufungen diesbezüglich waren als fünfstufige Likert-Skala (1=sehr zufrieden, 2=zufrieden, 3=neutral, 4=unzufrieden, 5=sehr unzufrieden) angegeben.

Wurde bei einem Körpermerkmal die Zahl „3“, „4“ oder „5“ markiert, war anschließend durch den Befragten zu entscheiden, ob, aufgrund der hohen Unzufriedenheit, eine

medizinische oder chirurgische Behandlung für ihn in Frage käme. Die Antwortmöglichkeiten zu Letzterem wurden durch eine dichotome Nominalskala „ja“/ „nein“ vorgegeben.

Da jedoch der Umwandlungsprozess unter den Befragten unterschiedlich weit voran geschritten sein konnte und sich einige bereits für eine hormonelle oder operative Angleichung entschieden hatten, wurde die Antwort „bereits verändert“ hinzugefügt. Weiterhin könnten aufgrund des biologischen Geschlechts bestimmte Körpermerkmale nicht angelegt sein, sodass zusätzlich die Ergänzung „nicht zutreffend“ als Antwortmöglichkeit erfolgte.

Lindgren und Pauly empfahlen zu dem die Berechnung eines globalen Kennwertes, den BIS/30. Der BIS/30 bzw. in dieser Arbeit BIS/31, repräsentierte den Mittelwert von allen 31 Items und diente somit zur Gesamteinschätzung der Körperbeurteilung. Ergänzend wurden für die drei Gruppen ebenfalls folgende Mittelwerte ermittelt: BIS/10-primär, BIS/11-sekundär und BIS/10-neutral.

5.3.4 Interviewfragen

Neben der Datenerhebung mittels oben genannter Fragebögen wurde mit 15 Teilnehmern ein persönliches Interview am Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie und mit einem Teilnehmer per Telefon durchgeführt.

Die Interviews sollten den Transsexuellen die Möglichkeit geben, selbst noch einmal ihre Entwicklung darzulegen und dabei ihre Gedanken bzw. Erfahrungen mit einzubeziehen. Zudem wurden in diesen Gesprächen Themen aufgegriffen, die nicht durch die Fragebögen abgedeckt wurden. Im Vorfeld wurden dafür zehn Fragen entwickelt, die im Kapitel 10.11 näher vorgestellt werden. Nach der Interviewdurchführung wurden die Angaben gesichtet und ähnliche Antworten, sofern möglich, zu Items zusammengefasst. Im Anschluss wurden die selbstformulierten Items, welche in Kapitel 10.12 aufgelistet sind, als Datensatz ins SPSS übertragen.

5.3.5 Psychologische Gutachten

Die 44 zur Verfügung stehenden psychologischen Gutachten wurden im Zeitraum von 2005 bis 2010 am Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie in Jena erstellt. Sie sind Voraussetzung für die gesetzliche Vornamens- und Personenstandsänderung und wurden von

den zuständigen Amtsgerichten in Gera, Erfurt, Mühlhausen und Meiningen angefordert. Die Begutachtung wurde von einem unabhängigen Psychologen oder Psychotherapeuten mit spezieller Expertise auf diesem Gebiet durchgeführt, welcher entweder von dem Betroffenen selbst gewählt oder vom zuständigen Amtsgericht festgelegt wurde.

Mittels des Gutachtens soll der anhaltende und seit mindestens drei Jahre bestehende Wunsch, im anderen Geschlecht leben zu wollen, beim Antragsteller nachgewiesen werden. Da alle Gutachten am gleichen Institut und vom gleichen Experten erhoben wurden, war ihr Aufbau ähnlich gestaltet. Die Angaben in den Gutachten wurden durch selbstformulierte Lebensläufe der Antragsteller ergänzt. Anhand dieser Daten sowie aus den Erzählungen der Betroffenen wurde die bisherige transsexuelle Entwicklung rekapituliert. Daneben wurde die soziale Integration anhand des sozialen Umfeldes, der psychischen Stabilität und der beruflichen Situation eingeschätzt.

Für die Datenerhebung aus den Gutachten wurde ähnlich wie mit den Interviewantworten verfahren. Die Daten, zu denen sich in allen Gutachten Angaben finden ließen, wurden als Items zusammengefasst (siehe Kap. 10.13) und als Datensatz ins SPSS übertragen.

5.4 Statistische Auswertung

Alle Daten, erhoben aus den Fragebögen, den Interviews und Gutachten, wurden mit Hilfe des Programmes SPSS, Version 21, analysiert. Die Deskription der Daten erfolgte hauptsächlich in Form von absoluten und relativen Häufigkeiten. Bei metrischen Daten wurden die Mittelwerte und deren Standardabweichung ermittelt. Um die Gruppen der Studienteilnehmer und Nichtteilnehmer sowie die Gruppen der FzM- und MzF-Transsexuellen besser miteinander vergleichen zu können, fanden verschiedene statistische Tests Anwendung. Für den Vergleich der kategorialen Variablen wurde hauptsächlich der Chi-Quadrat-Test (X^2 -Test) bzw., wenn eine Häufigkeit kleiner 5 zu erwarten war, der Fisher-Yates-Test (auch exakter X^2 -Test genannt) genutzt. Intervallskalierte Variablen wurden mithilfe des t-Tests für unabhängige Stichproben miteinander verglichen.

Das Vorgehen zur Auswertung der psychischen Belastung wurde bereits in Kapitel 5.3.2 erläutert.

Allen statistischen Berechnungen lag das übliche Signifikanzniveau von 5% zugrunde ($p < 0,05$). Es wurde stets von einer zweiseitigen Signifikanz ausgegangen.

5.5 Vergleich der Gutachten von Studienteilnehmern mit Nichtteilnehmern

Von 44 Transsexuellen waren 16 bereit an der Studie teilzunehmen. Um festzustellen, ob diese Stichprobe repräsentativ für die gesamte Gruppe der Begutachteten war, wurden die Gutachten der Teilnehmer mit den Gutachten der Nichtteilnehmer verglichen. Dafür wurden Variablen ausgewählt, die hinsichtlich der formulierten Fragestellungen von Bedeutung sind. Zur Gruppe der 28 Nichtteilnehmer zählten sowohl die Transsexuellen, die abgesagt haben, als auch die, die keine Rückmeldung gaben oder von denen keine aktuelle Meldeadresse ermittelt werden konnte.

In der Literatur fanden sich verschiedene Definitionen, um early- und late-onset Gruppen abzugrenzen. In einigen Fällen wurde early-onset als beginnende transsexuelle Entwicklung vor der Pubertät gesehen, in anderen Fällen muss eine lebenslange Geschlechtsdysphorie nachweisbar sein. Da sich beide Kriterien nicht immer aus den Gutachten ergaben, wurde in dieser Studie für die Ermittlung des Age of Onset das Alter bei Antragsstellung zur Vornamensänderung genommen. Alle Transgender-Personen, die den Antrag vor ihrem abgeschlossenen 30. Lebensjahr beim zuständigen Amtsgericht einreichten, zählten zur Gruppe der early-onset, die anderen zur Gruppe der late-onset Transsexuellen.

Als Kriterium für die Einteilung in „Leben in der BRD“ und „Leben in der DDR“ galt der Staat, in dem die Begutachteten bis zum Erreichen der Volljährigkeit, also bis zum 18. Lebensjahr, aufwuchsen. Eine Prognose über die Stabilität des Zugehörigkeitsgefühls wurde entweder explizit im Gutachten gestellt oder ließ sich aus dem persönlichen Werdegang der Betroffenen rekapitulieren.

Wie aus Tabelle 4 hervorgeht, bestand hinsichtlich der Merkmalsausprägungen für die Variablen „Transsexualität“, „Onset“, „Ort des Aufwachsens“, „Ort des Lebens“, „Cross-dressing“, „Arbeitssituation“, „Eheschließung“, „Zeugen eigener Kinder“, „psychische Belastung“ sowie „Prognose“ kein signifikanter Unterschied zwischen den Teilnehmern und Nichtteilnehmern. Lediglich in dem Punkt „Alter“ ließ sich eine Signifikanz zwischen den beiden Gruppen finden ($p=0,032$). Somit bildete die Stichprobe hauptsächlich eine Selektion von älteren Transgender-Personen ab. Ihr Durchschnittsalter lag zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung bei 37 Jahren, während die Nichtteilnehmer durchschnittlich 30 Jahre alt waren. Die Selektion von vorwiegend älteren Transsexuellen sollte in der Beantwortung der Fragestellung berücksichtigt werden. Dennoch konnte die Stichprobe der Teilnehmer als weitestgehend repräsentativ für die Gesamtheit der begutachteten Transsexuellen betrachtet werden. Die Gruppe der Begutachteten war wiederum repräsentativ für die Transsexuellen im

Thüringer Raum, da alle psychologischen Gutachten im Auftrag der Thüringer Amtsgerichte in Gera, Mühlhausen, Erfurt und Meiningen durchgeführt wurden.

Tabelle 4: Vergleich der Gutachten von Studienteilnehmern und Nichtteilnehmern

		Teilnehmer n=16		Nichtteilnehmer n=28		t(df)	p
Alter- Gutachtenerhebung	M (SD)	37,13 (12,09)		30,14 (8,6)		2,405(42)	0,032
		%	n	%	n	X²(df)	p
FzM-Transsexuelle		50,0 %	8	53,6 %	10		
MzF-Transsexuelle		50,0 %	8	46,4 %	18		0,525*
Onset	early-onset (bis 30.Lj.)	31,3 %	5	60,7 %	17		
	late-onset (ab 30. Lj.)	68,8 %	11	39,3 %	11		0,116*
Ort des Auf- wachsens**	Dorf	31,3 %	5	32,1 %	9		
	Kleinstadt	31,3 %	5	21,4 %	6		
	Mittelstadt	12,5 %	2	32,1 %	9		
	Großstadt	25,0 %	4	14,3 %	4		0,456*
bis 18. Lj. gelebt in	BRD (1949 bis heute)	50,0 %	8	67,9 %	19		
	DDR (1949 bis 1990)	50,0 %	8	32,1 %	9		0,337*
Cross- dressing als bis 12. Lj.	heimlich	25,0 %	4	25,0 %	7	1,733(2)	0,420
	offen	50,0 %	8	32,1 %	9		
	nicht durchgeführt	25,0 %	4	42,9 %	12		
Ehe	ja	43,8 %	7	14,3 %	4		
	nein	56,7 %	9	85,7 %	24		0,067*
eigene Kinder	ja	43,8 %	7	21,4 %	6		
	nein	56,3 %	9	78,6 %	22		0,172*
Arbeits- situation	Ausbildg./Studium/berufstätig	56,2 %	9	42,9 %	12		
	arbeitslos	37,5 %	6	53,6 %	15		
	(EU)-Rente	6,3 %	1	3,5 %	1		0,579*
psychische Probleme	ja, früher	18,8 %	3	21,4 %	6		
	ja, aktuell bestehend	31,3 %	5	21,4 %	6		
	nein	50,0 %	8	57,1 %	16		0,770*
Prognose	günstig	75,5 %	12	82,1 %	23		
	ungünstig	6,3 %	1	14,3 %	4	3,224(2)	0,199
	ungewiss	18,8 %	3	3,6 %	1		

* exakter Chi-Quadrat-Test

Quelle: eigene Darstellung

** Definition in Anlehnung an Springer Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort:

Stadt, online im Internet: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/9180/stadt-v9.html>

5.6 Deskriptive Merkmale der Studienteilnehmer

Die tabellarische Darstellung der mittels BI-Fragebogen erfassten deskriptiven Merkmale findet sich in Kap. 10.8, Tabelle 18. Im folgenden Abschnitt werden diese näher erläutert.

Die Stichprobe für die Interviewdurchführung sowie für die Beantwortung des Fragebogens umfasste 16 Transsexuelle. Alle Daten beziehen sich auf den Zeitpunkt des Interviews, welches im März 2012 durchgeführt wurde. Unter den Teilnehmern befanden sich 8 (50%) MzF-Transsexuelle und 8 (50%) FzM-Transsexuelle.

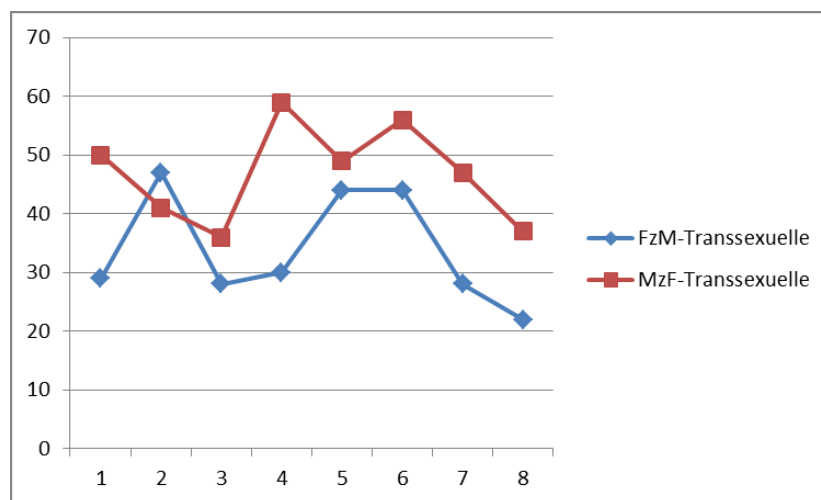


Abbildung 2: Alter bei Interview im März 2012 (eigene Darstellung)

Zum Zeitpunkt des Interviews betrug das Alter der Teilnehmer im Mittel 40,4 Jahre, wobei FzM-Transsexuelle im Durchschnitt 34 Jahre und MzF-Transsexuelle im Durchschnitt 46 Jahre alt waren. Dies ergibt eine Altersdifferenz zwischen den Geschlechtern von 12 Jahren (siehe Abb. 2). Im Durchschnitt lag die psychologische Begutachtung 3,4 Jahre zurück.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung waren 43,8% (n=7) ledig, 25% (n=4) lebten in einer festen Partnerschaft, 18,8% (n=3) waren verheiratet, 3 Teilnehmer waren geschieden (siehe Abb. 3).

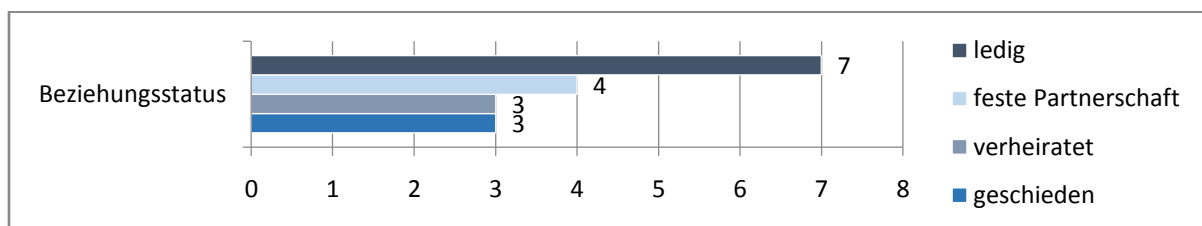


Abbildung 3: Familienstatus (eigene Darstellung)

Mehr als die Hälfte (56%; n=9) der Befragten besaßen keine Kinder. Etwa 44% (n=7) der Teilnehmer waren Vater oder Mutter von eigenen Kinder.

In der Mehrheit der Fälle (68,8%; n=11), unabhängig von der transsexuellen Orientierung, gehörten die Sexualpartnerdem weiblichen Geschlecht an. Nur wenige (12,5%; n=2) hatten sowohl mit Frauen als auch mit Männern sexuellen Kontakt. Zum Großteil (68,8%; n=11) handelte es sich bei den Teilnehmernum heterosexuell orientierte Sexualpartner. Drei Studienteilnehmer enthielten sich der Antwort.

Bezüglich des Bildungsabschlusses zeigten sich folgende Verteilungen: 43,8%(n=7) absolvierten einen Realschulabschluss, 18,8% (n=3) erreichten einen Hauptschulabschluss, 12,5% (n=2) erlangten das Abitur. Ein Viertel der Teilnehmer schloss seinen Bildungsweg mit einem Studium einer Fachhochschule oder Universität ab (siehe Abb.4).

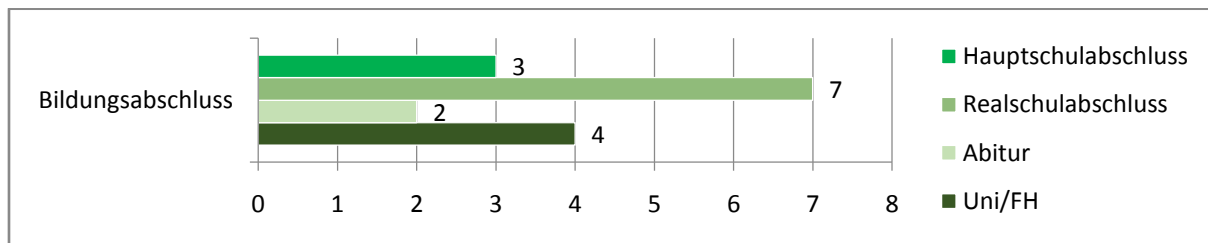


Abbildung 4: Bildungsabschlüsse (eigene Darstellung)

Zum Zeitpunkt der Befragung im März 2012 hatten 50% (n=8) der Teilnehmereine Vollzeit-Beschäftigung. Ein Teilnehmer befand sich in der Ausbildung. Ein Viertel der Befragten wararbeitslos, 3 Teilnehmer (18,75%)bezogen Früh- oder EU-Rente (siehe Abb.5).

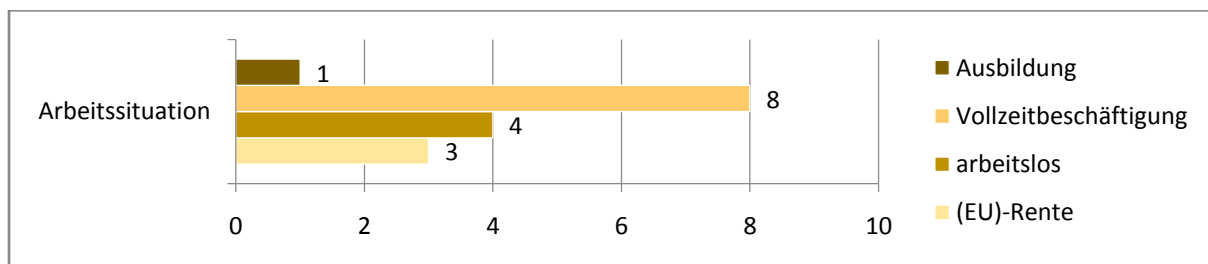


Abbildung 5: Arbeitssituation (eigene Darstellung)

Im geschlechtsangleichenden Prozess waren die Teilnehmer unterschiedlich weit fortgeschritten. Nahezu alle Interviewteilnehmer (93,8%; n=15) hatten bereits zum Zeitpunkt des Gespräches eine Hormontherapie begonnen. Ebenso wurden, um die Geschlechtsdysphorie zu mildern, bei einem Großteil (56,3%; n=9) die ersten operativen Schritte durchgeführt.

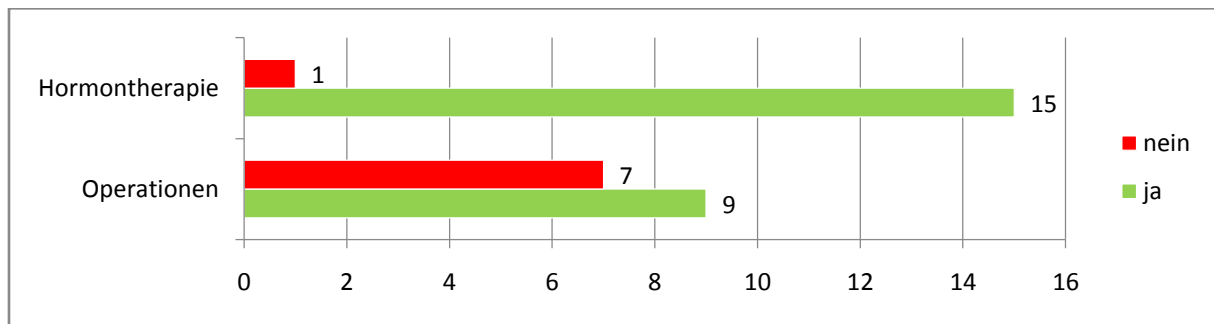


Abbildung 6: Begonnene geschlechtsangleichende Maßnahmen (eigene Darstellung)

Über die Hälfte der Teilnehmer wünschten sich zusätzliche Operationen als medizinische Behandlungen. 43,8% (n=7) sprachen sich gegen weitere medizinische Eingriffe aus.

Die vollständige operative Geschlechtsangleichung baut auf mehreren Schritten auf. Daher ist es nicht ungewöhnlich, dass sich zum Zeitpunkt des Interviews einige Teilnehmer schon mehreren medizinischen Eingriffen unterzogen hatten. Unter den Operationen fanden sich acht Brustoperationen, sowohl Brustimplantationen als auch Brustentfernungen, und vier Gebärmutterentfernungen. Zudem wurden jeweils drei Scheidenplastiken und drei Penoiden aufgebaut.

6. Ergebnisse

Mithilfe der verschiedenen Messinstrumente, bestehend aus Fragebögen, Interview und psychologischen Gutachten, konnte eine große Menge an Daten erfasst werden. Um den Informationsgehalt dabei auf das Wesentliche zu beschränken, wurden nur die Daten verwendet, die für die im Vorfeld formulierten Fragestellungen von Bedeutung waren. Die zusätzlich erhobenen Daten könnten für weitere Untersuchungen von Nutzen sein und befinden sich daher ergänzend im Anhang

6.1 Basisinformationen

Mithilfe des BI konnten zahlreiche Daten über verschiedene Lebensbereiche der Transsexuellen gewonnen werden. Neben demografischen Merkmalen wurden in dieser Arbeit vor allem die Daten verwendet, die eine Aussage über die Entwicklung der Transsexualität, dem sexuellen Erleben und der sozialen Einbindung trafen. Eine Übersicht der Daten über die anderen Lebensbereiche ist in Kapitel 10.9, Tabelle 19 zu finden.

Wie mit dem Wunsch, dem anderen Geschlecht zugehörig zu sein, umgegangen wurde, ist unter den Transgender-Personen verschieden und zeigte sich teilweise schon am Verhalten in der Kindheit (Tab. 5). Viele Transsexuelle hatten bereits in der Kindheit das Bedürfnis Kleidung der gewünschten Geschlechtsrolle zu tragen, das sogenannte „Cross-dressing“. Jedoch zeigten sich in diesem Punkt signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Während alle FzM-Transsexuelle (n=8) zugaben, dass sie „immer“ das Bedürfnis hatten Jungenkleidung zu tragen und dies sogar „oft“ bis „immer“ umsetzten, verspürten die meisten MzF-Transsexuelle nur „manchmal“ (50%, n=4) bis „oft“ (37,5%, n=3) das Bedürfnis Mädchenkleidung zu tragen ($p=0,008$). Demzufolge setzten sie diesen Wunsch seltener und zum Großteil (75%; n=6) nur heimlich in die Tat um, während FzM-Transsexuelle relativ offen mit dem Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung umgingen ($p=0,007$). Dieser Aspekt ließ sich nicht unbedingt durch die fehlende Toleranz seitens der Eltern erklären, denn immerhin 62,5% (n=10) beurteilten rückblickend, dass die Eltern „nie“ ein geschlechtstypisches Verhalten von ihnen verlangt hätten.

Ihren Beruf führten die Teilnehmer in 87,5% (n=14) der Fälle in ihrer gewünschten Geschlechtsrolle aus, also die FzM-Transsexuellen als Mann und die MzF-Transsexuellen als

Frau. Nur jeweils 12,5% (n=1) wechselten im Beruf zwischen den Geschlechtsrollen oder traten in ihrem Geburtsgeschlecht auf.

Tabelle 5: Transsexualität

		Transsexualität					
		Frau zu Mann		Mann zu Frau			
		n=8		n=8			
		n	%	n	%	X2(df)	p
Geschlechtsrolle im Beruf	als Mann	8	100%	1	12,5%		
	als Frau	0	0,0%	6	75,0%		
	wechselnd	0	0,0%	1	12,5%		
Zwang zu geschlechtstypischen Verhalten durch Eltern	nie	5	62,5%	5	62,5%	1,33(3)	0,721
	manchmal	2	25,0%	1	12,5%		
	oft	1	12,5%	1	12,5%		
	immer	0	0,0%	1	12,5%		
Bedürfnis vor dem 12. Lj. Kleidung des Wunschgeschlechts zu tragen	nie	0	0,0%	0	0,0%		0,008*
	manchmal	0	0,0%	4	50,0%		
	oft	0	0,0%	2	25,0%		
	immer	8	100%	2	25,0%		
vor dem 12.Lj. Kleidung des Wunschgeschlechts getragen	nie	0	0,0%	1	12,5%	9,60(2)	0,019
	manchmal	0	0,0%	4	50,0%		
	oft	3	37,5%	3	37,5%		
	immer	5	62,5%	0	0,0%		
Wusste jemand davon?	nein	0	0,0%	6	75,0%	10,00(3)	0,007
	ja	8	100%	2	25,0%		

* exakter Test nach Fisher

Quelle: eigene Darstellung

Sexualität (Tab. 6) ist für etwa 60% der FzM- und etwa 1/3 (n=3) der MzF-Transsexuellen von großer Bedeutung. Wiederum 1/3 der FzM- und die Hälfte der MzF-Transsexuellen maßen diesem Thema eine geringere Bedeutung bei. Für einen weiblichen Transsexuellen spielte Geschlechtsverkehr überhaupt keine Rolle.

Auch wenn die subjektive Bedeutung von Sexualität stark variierte, gab etwa jeder zweite Befragte (43,75%, n=7) an, zufrieden mit seinem Sexualleben zu sein, wobei insgesamt 56,25% (n=9) ihre Genitalien aktiv in den Geschlechtsverkehr einbezogen. Sowohl unter den FzM-Transsexuellen (62,5%, n=5) als auch unter den MzF-Transsexuellen (75%, n=6) waren die bisherigen Sexualpartner überwiegend heterosexuelle Frauen. Die Mehrheit der Befragten (62,5%, n=10) glaubte nicht, dass eine Behandlung ihre sexuellen Präferenzen verändern

würde. Lediglich ein FzM-Transsexueller und zwei MzF-Transsexuelle schlossen einen Wechsel der sexuellen Orientierung nicht aus.

Tabelle 6: Sexualität

		Transsexualität					
		Frau zu Mann		Mann zu Frau			
		n=8		n=8			
		n	%	n	%	X2(df)	p
Bedeutung Sexualität	wichtig	5	62,5%	3	37,5%	1,64(3)	0,440
	nicht so wichtig	3	37,5%	4	50,0%		
	unwichtig	0	0,0%	1	12,5%		
Wechsel der sexuellen Präferenz nach Behandlung	nein	6	75,0%	4	50,0%	3,73(3)	0,292
	ja	1	12,5%	2	25,0%		
	weiß ich nicht	1	12,5%	0	0,0%		
	keine Angaben	0	0,0%	2	25,0%		
Mit Sexualleben zufrieden?	nein	4	50,0%	3	37,5%	2,29(2)	0,319
	ja	4	50,0%	3	37,5%		
	keine Angaben	0	0,0%	2	25,0%		
sexuelle Orientierung der bisherigen Sexualpartner?	heterosexuelle ♀	5	62,5%	6	75,0%	3,09(4)	0,543
	heterosexuelle ♂	1	12,5%	0	0,0%		
	homo-/bisexuelle ♂	1	12,5%	0	0,0%		
	homo-/bisexuelle ♀	0	0,0%	0	0,0%		
	keine Angaben	1	12,5%	2	25,0%		
Einbeziehung der Genitalien im Sex?	nein	1	12,5%	1	12,5%	2,11(3)	0,550
	ja	5	62,5%	4	50,0%		
	keine Angaben	2	25,0%	3	37,5%		

♀ - Frauen, ♂ - Männer

Quelle: eigene Darstellung

Große Bedeutung wird dem familiären und freundschaftlichen Umfeld der Transsexuellen bezüglich der sozialen Integration beigemessen (Tab.7). 43,75% der Befragten (n=7) besaßen mehr als drei bzw. sogar mehr als 10 enge Freunde. Die Mehrheit dagegen, darunter 4 FzM- (25%) und 5 MzF-Transsexuelle (31,25%), gab an keine oder nur ein bis zwei Personen zu ihren engen Freunden zu zählen. Fast alle Teilnehmer (87,5%, n=14) hatten zum Zeitpunkt der Befragung Kontakt zu ihrer Familie, wobei 11 Teilnehmer (68,75%) von einem „sehr guten“ Verhältnis sprachen. Vier Transsexuelle (25%), davon drei MzF-Transsexuelle, beurteilten das Verhältnis als „schlecht“ bis „nicht sehr gut“. Ein männlicher Transsexueller kannte seine Eltern nicht. Zusammenfassend bestand also in den meisten Fällen ein

weitestgehend stabiles soziales und familiäres Netzwerk. Zumindest verneinte die Mehrheit der FzM-Transsexuellen (75%, n=6) jegliche Einsamkeitsgefühle und auch die meisten (75%, n=6) MzF-Transsexuellen fühlten sich nur „manchmal“ einsam.

Tabelle 7: Soziales Umfeld zum Zeitpunkt der Datenerhebung

		Transsexualität					
		Frau zu Mann n=8		Mann zu Frau n=8			
		n	%	n	%	X²(df)	p
Anzahl enge Freunde	keine	1	12,5%	3	37,5%	2,53(3)	0,469
	1-2	3	37,5%	2	25,0%		
	3-10	3	37,5%	1	12,5%		
	>10	1	12,5%	2	25,0%		
Kontakt zur Familie	nein	1	12,5%	1	12,5%		1,000*
	ja	7	87,5%	7	87,5%		
Wie ist der Kontakt?	schlecht	0	0,0%	1	12,5%	1,17(3)	0,530
	nicht sehr gut	1	12,5%	2	25,0%		
	gut	1	12,5%	2	25,0%		
	sehr gut	5	62,5%	3	37,5%		
	nicht zutreffend	1	12,5%	0	0,0%		
Zurzeit einsam	nie	6	75,0%	1	12,5%	6,57(2)	0,037
	manchmal	2	25,0%	6	75,0%		
	oft	0	0,0%	0	0,0%		
	immer	0	0,0%	1	12,5%		

* exakter Test nach Fisher

Quelle: eigene Darstellung

Der familiäre Hintergrund schien bereits im Kindesalter gut aufgestellt gewesen zu sein (siehe Tab.8), zumindest gab die Mehrheit der transsexuellen Männer und Frauen an, dass sowohl zur Mutter (81,25%, n=13) als auch zum Vater (43,75%, n=7) ein „gutes“ Verhältnis bestand. Überwiegend transsexuelle Männer beschrieben (50%, n=4) die Beziehung zum Vater nur als „mäßig“, während es hauptsächlich transsexuelle Frauen (37,5%, n=3) waren, die ohne Vater aufwuchsen.

Obwohl die Beziehung zu den Eltern in den meisten Fällen intakt war, schien das Gefühl der Einsamkeit eine größere Rolle gespielt zu haben. Zumindest erinnerten sich 10 Teilnehmer(62,5%) sich „manchmal“ bis „oft“ einsam gefühlt zu haben. Hinzu kommt, dass 9

der 16 befragten Transsexuellen(56,25%) unter Hänseleien durch andere Kinder litten, wobei es diesbezüglich keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen gab.

Tabelle 8: Soziales Umfeld in der Kindheit

		Transsexualität					
		Frau zu Mann		Mann zu Frau			
		n=8		n=8			
		n	%	n	%	X²(df)	p
als Kind einsam gefühlte	nie	3	37,5%	2	25,0%	1,20(3)	0,753
	manchmal	3	37,5%	3	37,5%		
	oft	2	25,0%	2	25,0%		
	immer	0	0,0%	1	12,5%		
Kontakt zum Vater in der Kindheit	gut	3	37,5%	4	50,0%	5,94(3)	0,114
	mäßig	4	50,0%	1	12,5%		
	schlecht	0	0,0%	0	0,0%		
	nicht zutreffend	1	12,5%	3	37,5%		
Kontakt zur Mutter in der Kindheit	gut	6	75,0%	7	87,5%	3.07(3)	0,380
	mäßig	1	12,5%	0	0,0%		
	schlecht	0	0,0%	1	12,5%		
	nicht zutreffend	1	12,5%	0	0,0%		
Hänseleien in der Kindheit	nein	3	37,5%	3	37,5%	1,11(2)	0,574
	ja	5	62,5%	4	50,0%		
	keine Angaben	0	0,0%	1	12,5%		

Quelle: eigene Darstellung

6.2 Psychische Belastung unter den 16 Studienteilnehmern

Mithilfe des BSI sollte die psychische Belastung der Teilnehmer ermittelt und anschließend mit Normwerten von jeweils 300 psychisch gesunden Frauen und Männern verglichen werden. Das Ausmaß der Belastung orientiert sich an der im Fragebogen vorgegebenen fünfstufigen Likert-Skala (0=überhaupt nicht, 1=ein wenig, 2=ziemlich, 3=stark, 4=sehr stark).

Aus Tabelle 9 ist ersichtlich, dass die für die Transsexuellen errechneten Mittelwerte insgesamt eher im niedrigen Bereich lagen und den Wert 1 nicht überschritten. Insgesamt lag die höchste Belastung für die Skala „Zwanghaftigkeit“ ($M=0,63$) vor. Diese stellte gleichzeitig die Belastung dar, unter der FzM-Transsexuelle ($M=0,63$) am meisten litten. Während bei MzF-Transsexuellen die Skala „Paranoides Denken“ ($M=0,73$) dominierte.

Die niedrigsten Belastungen bestanden bei den FzM-Transsexuellen für die Skala „Psychotizismus“ ($M=0,10$) und bei den MzF-Transsexuellen für die Skala „Somatisierung“ ($M=0,18$).

Die grundsätzliche psychische Belastung war mit einem GSI von 0,51 unter den transsexuellen Frauen höher als bei den FzM-Transsexuellen mit einem GSI von 0,32, jedoch bestand kein signifikanter Unterschied. Im Vergleich zu psychisch Gesunden war der transformierte T-Wert (siehe Kap. 5.3.2) von 56 im oberen Normbereich anzusiedeln.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die psychische Belastung der Transgender-Personen zum Zeitpunkt des Interviews die der Normalbevölkerung nicht überstieg, wobei MzF-Transsexuelle eine höhere Belastung erfuhren als FzM-Transsexuelle.

Tabelle 9: Psychische Belastung unter den 16 Studienteilnehmern

Skalen		SOMA	ZWAN	UNSI	DEPR	ANGS	AGGR	PHOB	PARA	PSYC	GSI
FzMT n=8	M	0,18	0,63	0,28	0,29	0,40	0,40	0,18	0,45	0,10	0,32
	SD	0,24	0,51	0,43	0,41	0,45	0,47	0,17	0,56	0,21	0,28
MzFT n=8	M	0,18	0,63	0,44	0,52	0,52	0,55	0,45	0,73	0,60	0,51
	SD	0,23	0,68	0,48	0,85	0,52	0,52	0,53	0,68	1,10	0,55
	t(df)	0,0(14)	0,0(14)	-0,68(14)	-0,69(14)	-0,52(14)	-0,59(14)	-1,40(14)	-0,88(14)	1,26(14)	-0,88(14)
	p	1,000	1,000	0,503	0,501	0,615	0,562	0,185	0,391	0,35	0,395
Gesamt	M	0,18	0,63	0,36	0,41	0,46	0,48	0,31	0,59	0,35	0,42
	SD	0,22	0,58	0,45	0,65	0,47	0,49	0,40	0,61	0,80	0,42
T-Wert	FzM in Bezug zu NM										51
	MzF in Bezug zu NF										58
	T(g) in Bezug zu N(g)										56

Quelle: eigene Darstellung

NM – Normstichprobe Mann, NF – Normstichprobe Frau, T(g) – Transsexuelle gesamt (n=16), N(g) – Normstichprobe gesamt (n=600)

T-Wert – Werte für GSI in T-Wert transformiert bezogen auf die Normstichprobe

6.3 Geschlechtsangleichung

Einer der wichtigsten Punkte für viele Transgender-Personen ist die fortschreitende Annäherung ihres Körpers an das angestrebte Geschlecht. Dabei stehen neben einer regelmäßigen Hormoneinnahme verschiedene operative Möglichkeiten zur Auswahl. Im folgenden Abschnitt werden die Therapiemaßnahmen dargelegt, die von den Teilnehmern bereits zum Zeitpunkt der Datenerhebung durchgeführt wurden oder in Zukunft geplant waren. Die Daten diesbezüglich wurden in den persönlichen Interviews erhoben.

Alle FzM-Transsexuellen (siehe Abb. 7) hatten zum Zeitpunkt des Interviews bereits eine Hormontherapie eingeleitet, sowie die meisten eine Mastektomie (75,0%; n=6) und/oder eine Hysterektomie (87,5%; n=7) durchführen lassen. Drei FzM-Transsexuelle wagten den operativen Penoidaufbau. Die übrigen männlichen Transgender-Personen standen diesem Schritt noch zögerlich gegenüber, wobei vier FzM-Transsexuelle demnächst einen Penis aufbauen lassen wollten (siehe Abb. 9). Der Einbau einer Penispumpe spielte unter den durchgeführten Operationen nur eine untergeordnete Rolle.

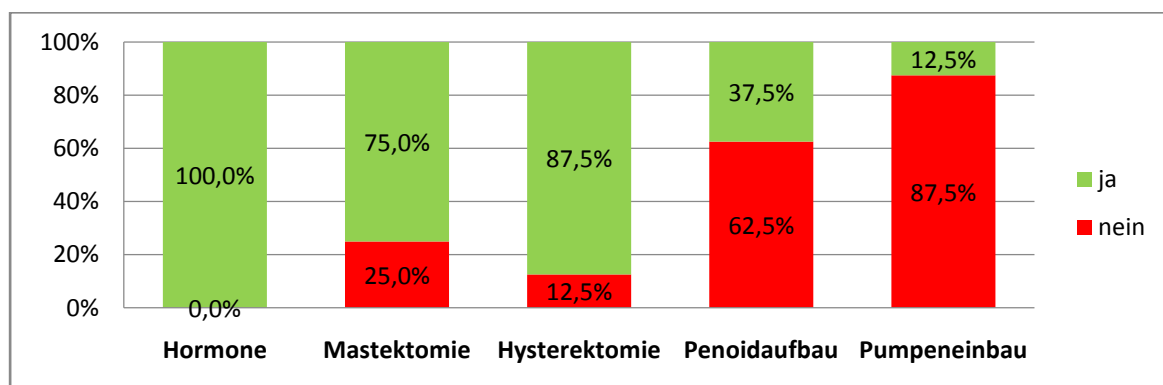


Abbildung 7: Durchgeführte Maßnahmen unter FzM-Transsexuellen (eigene Darstellung)

Auch die meisten MzF-Transsexuellen (87,5%; n=7) hatten bereits eine Hormontherapie begonnen (siehe Abb. 8). In vielen Fällen bewirkten die weiblichen Hormone ein ausreichendes Brustwachstum. Daher entschieden sich nur zwei Teilnehmer für eine zusätzliche operative Brustvergrößerung. Für 50% (n=4) der MzF-Transsexuellen kam eine Brust-OP als weitere Behandlungsoption nicht infrage. Größeres Interesse bestand dagegen für den operativen Aufbau einer Scheidenplastik (siehe Abb. 9). Drei MzF-Transsexuelle hatten bereits ein weibliches Genital. Vier Betroffene planten einen solchen operativen Eingriff in naher Zukunft. Einige versuchten sich durch Stimmtraining (37,5%; n=3) oder

Gesichtshaarentfernung mittels Laser oder Epilation (75%, n=6, siehe Abb. 8) auch in diesen Bereichen dem weiblichen Geschlecht zu nähern.

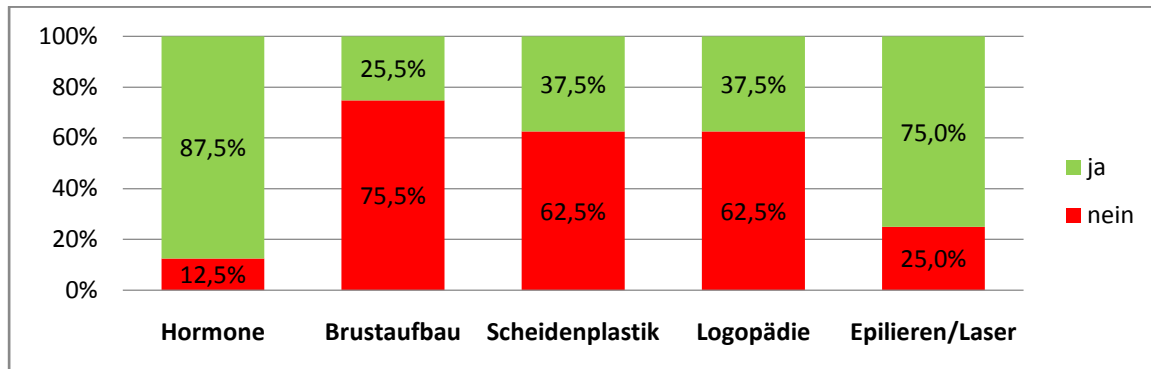


Abbildung 8: Durchgeführte Maßnahmen unter MzF-Transsexuellen (eigene Darstellung)

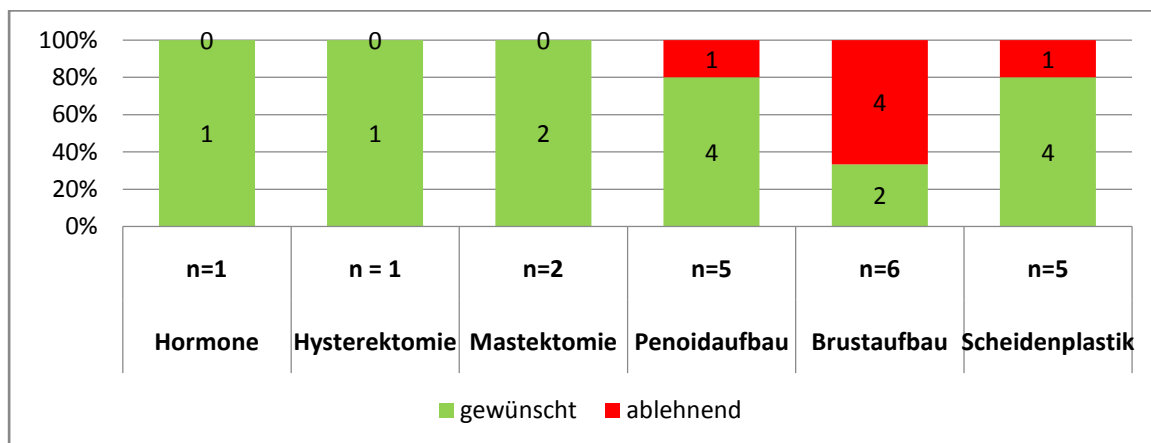


Abbildung 9: Einstellung gegenüber noch ausstehenden Behandlungsmöglichkeiten (eigene Darstellung)

6.4 Körperwahrnehmung

Geschlechtsangleichende Maßnahmen und Körperwahrnehmung sind bei Transgender-Personen eng miteinander verknüpft. Daher wurde mittels der Body-Image-Scale die Beurteilung des eigenen Körpers erfasst. Insgesamt mussten in diesem Teil des Fragebogens³¹ Körperteile von den Teilnehmern anhand der bereits beschriebenen fünfstufigen Likert-Skala (1=sehr zufrieden, 2=zufrieden, 3=neutral, 4=unzufrieden, 5=sehr unzufrieden) bewertet werden. Dabei wurden die zu beurteilenden Körperregionen in drei große Gruppen eingeteilt: die primären Geschlechtsmerkmale, die sekundären Geschlechtsmerkmale und die neutralen Merkmale, die durch Hormone nicht beeinflusst werden (siehe Kap. 5.3.3). In diesem Abschnitt wird ausführlich auf die primären Geschlechtsmerkmale eingegangen, da diese entscheidend für das Zugehörigkeitsgefühl zum

gewünschten Geschlecht sind (siehe Tab. 10). Sowohl für die sekundären Geschlechtsmerkmale als auch für die neutralen Merkmale wurden lediglich die Mittelwerte betrachtet, da die Einzelwerte nur geringfügig vom Mittelwert abwichen ($SD < 0,6$) und somit die Zufriedenheit ausreichend widergespiegelt wurde.

Die Beurteilungen für die jeweils einzelnen Merkmale aus diesen beiden Gruppen werden in den Tabellen 20 und 21 im Kapitel 10.10 aufgelistet.

Weiterhin gilt es zu beachten, dass sich die Mittelwerte nur aus den Bewertungen zusammensetzten, die für die vorhandenen Körpermerkmale angegeben wurden. Für solche, die aufgrund des biologischen Geschlechts nicht angelegt waren oder durch eine geschlechtsangleichende Operation entfernt wurden, lagen dementsprechend keine Beurteilungen vor. Daher existierten bei MzF-Transsexuellen keine Beurteilungen für Ovarien bzw. Uteri.

Wie oben beschrieben, besaßen zum Zeitpunkt der Studiendurchführung noch zwei FzM-Transsexuelle ihre weiblichen Brüste. Die übrigen Sechs hatten sich bereits einer Mastektomie unterzogen und bewerteten daher nur ihre männliche Brust. Ähnlich verhielt es sich bei der Beurteilung der Genitalien. Hier hatten nur 3 FzM-Transsexuelle einen Penoidaufbau vorgenommen, die übrigen fünf wiesen nach wie vor weibliche Genitalien vor. Ebenso konnten nur drei MzF-Transsexuelle ihre neu geformte Scheidenplastik beurteilen, während die restlichen Fünf noch über ihre männlichen Genitalien verfügten und diese bewerteten. Als weibliche Brust galten nicht nur die Brüste, die auf der Basis eines Brustimplantates existierten, sondern auch die, die sich allein durch die Einnahme weiblicher Hormone formten.

Tabelle 10: Bewertung der primären Geschlechtsmerkmale

	Transsexualität										
	Frau zu Mann			Mann zu Frau			gesamt				
	M	n	SD	M	n	SD	M	n	SD	t(df)	p
Brüste	5,0	2	0,00	2,7	7	1,11	3,2	9	1,39	2,77(7)	0,028
Scheide	4,8	5	0,45	1,3	3	0,58	3,5	8	1,85	9,60(6)	< 0,001
Kitzler	4,2	5	1,10	1,7	3	0,58	3,3	8	1,58	3,63(6)	0,005
Gesichtsbehaarung	2,3	8	1,16	3,5	8	1,20	2,9	16	1,31	-2,12(14)	0,053
Ovarien/Uterus	4,5	2	0,71				4,5	2	0,71		
Stimme	2,0	8	0,53	3,4	8	1,30	2,7	16	1,20	-2,76(14)	0,021
Körperbehaarung	2,5	8	0,76	2,9	8	1,13	2,7	16	0,95	-0,78(14)	0,447
männliche Brust	2,5	6	1,38	5,0	1		2,9	7	1,57	-1,68(5)	0,154
Penis	2,0	3	0,00	4,8	5	0,45	3,8	8	1,49	-10,50(6)	< 0,001
Hoden	2,7	3	2,08	4,8	5	0,45	4,0	8	1,60	-2,32(6)	0,215
BIS/10 - primär	2,86	8	0,88	3,31	8	0,88	3,09	16	0,88	-1,02(14)	0,324
BIS/11 – sekundär	2,52	8	0,58	2,34	8	0,58	2,43	16	0,57	0,63(14)	0,541
BIS/10 – neutral	1,85	8	0,36	2,26	8	0,53	2,05	16	0,49	-1,83(14)	0,089
BIS/31 – gesamt	2,41	8	0,50	2,64	8	0,52	2,52	16	0,51	-0,89(14)	0,388

Quelle: eigene Darstellung

Aus Tabelle 10 geht hervor, dass FzM-Transsexuelle, die noch keine Mastektomie durchführen ließen (25%, n=2), sehr unzufrieden (M=5,0) mit ihren weiblichen Brüsten waren. Diejenigen, die bereits eine Mastektomie hatten (75%, n=6), gaben eine relative Zufriedenheit (M=2,5) bzgl. ihrer männlichen Brust an. Weiterhin bestand unter den männlichen Transsexuellen (62,5%, n=5) eine starke Abneigung gegenüber Scheide (M=4,8) und Kitzler (M=4,2).

MzF-Transsexuelle, die einen Brustaufbau mittels Hormontherapie oder operativer Implantation erwirkt hatten (87,5%, n=7), standen ihren weiblichen Brüsten neutral gegenüber (M=2,7). Diejenigen, die bereits einen operativen Aufbau der Scheidenplastik durchführen ließen (37,5%, n=3), bewerteten die neu geformten Genitalien positiv (Scheide: M=1,3; Kitzler: M=1,7). Dagegen waren die MzF-Transsexuellen (62,5%, n=5), die noch ihrem männlichen Geschlechtsteile besaßen, sehr unzufrieden mit diesen (M=4,8).

Der Körperbehaarung standen alle Teilnehmer (n=16) neutral (M=2,9) gegenüber. Den Bartwuchs (M=3,5) und die tiefe männliche Stimme (M=3,4) empfanden vor allem die MzF-Transsexuellen als störend.

Zusammenfassend beurteilten die befragten Transsexuellen Körpermerkmale, die zu ihrem biologischen Geschlecht gehörten, sehr kritisch. War jedoch eine Angleichung der Geschlechtsmerkmale durch Hormontherapie und/oder Operation zur gewünschten Geschlechtsidentität erfolgt, fielen die Bewertungen positiv aus.

Betrachtet man die summierten Mittelwerte für die einzelnen Gruppen, schnitt die Bewertung für die primären Geschlechtsmerkmale am schlechtesten ab (M=3,09). Die positivste Bewertung erhielten die neutralen Merkmale (M=2,05).

Generell schienen die Befragten mit ihrem Körper relativ zufrieden zu sein (M=2,52). Jedoch bewerteten MzF-Transsexuelle ihren Körper geringfügig schlechter (M=2,64), als FzM-Transsexuelle (M=2,41).

Anhand der durchgeführten Interviews konnte bereits ermittelt werden, welche geschlechtsangleichenden Maßnahmen unter den Befragten durchgeführt wurden. In einem zweiten Schritt wurde nun die Beurteilung des Körpers in Bezug zur Anzahl der durchgeführten Maßnahmen gesetzt. Dabei wurden folgende Gruppen unterschieden: bisher keine Maßnahmen, nur Hormontherapie (Ht), Hormontherapie und ein bis zwei Operationen (OP), Hormontherapie und mehr als zwei Operationen.

Für FzM-Transsexuelle kommen nachstehende Operationsmöglichkeiten infrage: Mastektomie, Korrekturingriff nach Mastektomie, Hysterektomie, Penoidaufbau und

Penispumpeneinbau. MzF-Transsexuelle können zwischen Brustimplantation und operativer Scheidenplastik wählen.

Tabelle 11: Körperzufriedenheit in Bezug zur Anzahl der geschlechtsangleichenden Maßnahmen

		Anzahl durchgeführter Maßnahmen			
		keine	Ht	Ht + 1-2 OP	Ht + > 2 OP
Transsexualität	Frau zu Mann(n)	0	1	3	4
	Mann zu Frau (n)	1	5	2	0
Zufriedenheit mit dem Körper	M (SD)	3,42	2,60 (0,53)	2,46 (0,32)	2,26 (0,56)
M(gesamt)	Korrelation nach Pearson	- 0,348			
	p	0,186			

Ht – Hormontherapie, OP – Operation

Quelle: eigene Darstellung

In Tabelle 11 ist erkennbar, dass der einzige Transsexuelle, der bisher noch keine geschlechtsangleichenden Schritte eingeleitet hatte, seinen Körper schlechter bewertete ($M=3,42$) als die übrigen Transsexuellen, die bereits Hormone einnahmen oder sich operieren ließen. Zudem stieg die Zufriedenheit mit der zunehmenden Anzahl an Maßnahmen. Standen die Transsexuellen, die bisher nur eine Hormontherapie begonnen hatten, ihrem Körper noch „neutral“ gegenüber, waren dagegen die Transgender-Personen, die sich zusätzlich operieren ließen, zufrieden ($M=2,46$ bzw. $M=2,26$) mit ihrem Körper.

Um den Zusammenhang zwischen der Gesamtzufriedenheit und den getroffenen Therapiemaßen zu untermauern, wurde der punktbiseriale Korrelationskoeffizient bestimmt. Hierfür wurden die ursprünglich vier Behandlungsvarianten zu zwei Gruppen zusammengefasst: „keine Therapie oder Hormontherapie“ sowie „Hormontherapie und Operation(en)“. Anhand des errechneten Korrelationskoeffizienten $r = -0,348$ konnte ein negativer Zusammenhang nachgewiesen werden. Das heißt, wurde ergänzend zur Hormontherapie eine geschlechtsangleichende Operation durchgeführt, beeinflusste dies die Gesamtzufriedenheit positiv. Zusätzlich fiel anhand der Daten auf, dass sich MzF-Transsexuelle bisher nur in zwei Fällen für operative Schritte entschieden hatten, die Mehrheit nahm zum damaligen Zeitpunkt nur weibliche Hormone ein. Das Gegenteil zeigte sich bei den FzM-Transsexuellen. Hier ließen sich bereits 7 von 8 operieren.

6.5 Prozess der Geschlechtsidentitätsänderung

Wie bereits oben beschrieben, nahmen acht FzM-Transsexuelle und acht MzF-Transsexuelle an dem Interview im März 2012 teil. Anhand der gegebenen Antworten wurde der Prozess der Geschlechtsidentitätsänderung rekapituliert. Des Weiteren konnten einige Hürden und Probleme, die auf diesem Weg auftraten, herausgearbeitet werden.

Tabelle 12: Etappen des Erkenntnisprozesses

	Transsexualität							
	Frau zu Mann n=8			Mann zu Frau n=8				
	M	n	SD	M	n	SD	t(df)	p
Alter–1. Mal dem anderen Geschlecht zugehörig gefühlt	10,38	8	12,63	9,25	8	4,68	0,24(14)	0,817
Alter–Bewusstsein Transsexualität	24,00	8	10,95	29,00	8	12,97	-0,83(14)	0,419
Alter–Outing	24,43	7	10,75	34,63	8	12,25	-1,70(13)	0,113

Quelle: eigene Darstellung

Zunächst konnte festgestellt werden, dass der Erkenntnisprozess sich über einen langen Zeitraum erstreckte und sich die Transsexualität etappenweise entwickelte. Das Gefühl, dem anderen Geschlecht angehören zu wollen, trat bei allen Teilnehmern bereits in früher Kindheit auf (siehe Tab. 12), bei den untersuchten MzF-Transsexuellen mit ca. 9 Jahren minimal früher als bei den FzM-Transsexuellen mit ca. 10 Jahren. Jedoch konnte dieses unbestimmte Gefühl erst im jungen Erwachsenenalter der Transsexualität zugeordnet werden, wobei weibliche Transsexuelle diese Erkenntnis mit durchschnittlich 29 Jahren später erlangten als FzM-Transsexuelle mit ca. 24 Jahren. Zwischen dem Zeitpunkt des Bewusstwerdens über die falsche Geschlechtsidentität und dem letztendlichen Outing verging bei den MzF-Transsexuellen zusätzlich eine Zeit von durchschnittlich 6 Jahren. Anders verhielten sich die interviewten FzM-Transsexuellen. Sie offenbarten sich dem Umfeld, sobald ihnen die Transsexualität bewusst wurde.

Tabelle 13: Outing

		Transsexualität					
		Frau zu Mann		Mann zu Frau			
		n=8		n=8			
		n	%	n	%	X²(df)	p
Durch welches Medium auf Transsexualität gestoßen?	Internet	3	37,5%	2	25,0%	2,867(4)	0,580
	Fernsehbericht	1	12,5%	2	25,0%		
	Arztgespräch	1	12,5%	2	25,0%		
	Buch/Zeitschrift	3	37,5%	1	12,5%		
	keine Angabe	0	0,0%	1	12,5%		
Wem gegenüber 1. Outing?	Eltern(teil)	4	50,0%	3	37,5%	0,343(2)	0,842
	Partner(in)	2	25,0%	3	37,5%		
	andere	2	25,0%	2	25,0%		
Warum wurde so lange mit Outing gewartet?	Angst vor Ausgrenzung	3	37,5%	4	50,0%	9,143(3)	0,027
	Rücksicht auf Familie	0	0,0%	2	25,0%		
	Wunsch nach Familie	0	0,0%	1	12,5%		
	kein Outing notwendig	5	62,5%	1	12,5%		

Quelle: eigene Darstellung

Auf das Thema Transsexualität wurden die meisten der Befragten (31,25%, n=5) durch das Internet aufmerksam. Andere erfuhren über eine Fernsehsendung (18,75%, n=3) oder verschiedenen Literaturquellen (25%, n=4) von diesem Thema. Drei Teilnehmer (18,75%) wurden erst durch ein Arztgespräch über Transsexualität aufgeklärt (siehe Tab. 13).

Für ihr verzögertes Outing nannten die befragten MzF-Transsexuellen verschiedene Gründe. Die wohl größte Rolle spielte bei den meisten weiblichen Transgender-Personen die Angst vor Ausgrenzung (50%, n=4). Andere hielten ihr Leben im anderen Geschlecht aus Rücksicht auf ihre Familie geheim (25%, n=2) oder wollten erst ihren Wunsch nach einer eigenen Familie verwirklichen (12,5%, n=1).

Anders gestaltete sich die Situation bei den männlichen Transsexuellen. Ein Großteil (31,25%, n=5) berichtete, dass in ihrem Fall kein Outing notwendig gewesen war, da sie schon immer in der männlichen Geschlechtsrolle lebten und diese auch nach außen verkörperten. Ein Viertel der transsexuellen Männer (25%, n=4) zögerte ebenfalls aus Angst vor Diskriminierung damit sich ihrem Umfeld zu offenbaren. Entschieden sich die befragten Transsexuellen dazu, den Schritt des Outings zu wagen, waren es in den meisten Fällen die

Eltern, die als Erste von der Transsexualität erfuhren (43,75%, n=7). 31,25% (n=5) der Teilnehmer sprachen zuerst mit ihrem Partner/ihrer Partnerin darüber. Die Übrigen (25%, n=4) outeten sich u.a. gegenüber Ärzten oder entfernterer Verwandtschaft.

Wie sich der Weg der Geschlechtsidentitätsänderung gestaltete und welche Hürden es dabei zu meistern galt, geht aus Tabelle 14 hervor.

Die schwierigste Hürde für die meisten MzF-Transsexuellen (62,5%, n=5) bestand im Outing selbst. Dagegen empfanden 50% der FzM-Transsexuellen (n=4) die Zeit zwischen der Hormoneinnahme und dem ersten operativen Schritt als die schwierigste. In dieser Zeit wird durch die Einnahme von männlichen Hormonen bereits der Haarwuchs gefördert und die Stimme tiefer, jedoch bestehen nach wie vor weibliche Geschlechtsmerkmale, wie beispielsweise der Busen. Diese Inkongruenz führt, laut den Betroffenen, zu einer erhöhten Belastung.

Auf dem Weg der Geschlechtsidentitätsänderung müssen Transsexuelle neben verschiedenen Fachärzten auch Einrichtungen wie Krankenkassen und Amtsgericht aufsuchen. Dabei konnten nur drei Teilnehmer über eine kompetente Behandlung bzw. reibungslosen Verlauf ohne negative Vorkommnisse zurückblicken. Die Mehrheit der Befragten (81,25%, n=13) berichtete über einige schlechte Erfahrungen mit verschiedenen Institutionen, wobei manche Teilnehmer mehrere negative Vorfälle erlebten. Die meisten Probleme gab es mit den behandelten Endokrinologen (43,75%, n=7). Im Interview wurden häufig die lange Wartezeit bis zum Beginn der Hormontherapie, fehlende Blutkontrollen oder die Verabreichung einer unzureichenden Hormondosis kritisiert. Vier Teilnehmer (25%) beschwerten sich über die verzögerte Kostenübernahme seitens der Krankenkasse. Zudem wurde die lange Wartezeit bis zur gerichtlichen Änderung des Vornamens (18,75%, n=3) sowie die OP- und Aufklärungsqualität der behandelnden Chirurgen (25%, n=4) bemängelt. Nur wenige beklagten sich über Psychologen/Psychotherapeuten und Hausärzte (jeweils 12,5%, n=2). Weiterhin berichteten 81,25% (n=13) der Interviewteilnehmer, unabhängig vom Geschlecht, über transphobe Erfahrungen in Form von familiärer Distanzierung, Mobbing, öffentlichen Beleidigungen bis hin zu tätlichen Übergriffen.

Dennoch bestätigten vor allem FzM-Transsexuelle (62,5%; n=6) ausreichend Hilfe aus ihrem Umfeld erhalten zu haben, keiner hatte sich je allein gelassen gefühlt. 75% (n=6) der MzF-Transsexuellen vertraten dagegen die Meinung, keine Unterstützung benötigt zu haben, da dieser Weg allein gegangen werden muss. Dem widerspricht jedoch, dass fünf transsexuelle Frauen sich mehr Beistand von Familie und Freunden gewünscht hätten.

Die Mehrheit der Teilnehmer (68,7%; n=11) suchte zu Beginn der Geschlechtsidentitätsänderung den Kontakt zu Gleichgesinnten in Selbsthilfegruppen oder Internetforen für Transsexuelle. Zum Zeitpunkt des Interviews waren jedoch nur noch 18,75% (n=3) der Teilnehmer in diesen aktiv tätig.

Trotz der gesetzlich festgelegten Bedingungen für die Änderung des Vornamens bzw. des Personenstandes, empfand die große Mehrheit (81,25%, n = 13) das TSG nicht als Einschränkung. Dennoch hatten bis zum Zeitpunkt der Datenerhebung nur 37,5% (n=3) der FzM-Transsexuellen und 75% (n=6) der MzF-Transsexuellen eine Personenstandsänderung durchgeführt.

Wie offen die Teilnehmer mit dem Thema Transsexualität umgingen, hing vom Kontext ab. Im beruflichen Umfeld sprachen die Meisten (62,5%, n=10) nicht über die eigene Transsexualität, da sie dieses Thema als einen Teil der Privatsphäre betrachteten. Einige (37,5%, n=6) waren dennoch gezwungen das Gespräch mit ihrem Arbeitgeber zu suchen, da sie den Beruf bereits in ihrem biologischen Geschlecht ausgeübt hatten bzw. sich die körperlichen Veränderungen aufgrund der Therapien nicht verheimlichen ließen. Ihrem Partner gegenüber zeigten sich die meisten Teilnehmer offener (75%, n=12), teilweise bedingt durch noch ausstehende geschlechtsangleichende Maßnahmen. Bei einem Viertel der Teilnehmer (n=4) spielte die eigene Transsexualität in der Partnerschaft keine Rolle mehr.

Tabelle 14: Hürden auf dem Weg der Geschlechtsidentitätsänderung

		Transsexualität					
		Frau zu Mann		Mann zu Frau			
		n=8		n=8			
		n	%	n	%	X2(df)	p
schwierigste Hürde	Erkenntnis	0	0%	2	25,0%	12,67(5)	0,027
	Outing	1	12,5%	5	62,5%		
	Zeit zw. Ht. u. OP	4	50,0%	0	0,0%		
	Bürokratie	1	12,5%	0	0,0%		
	Arbeitssuche	0	0%	1	12,5%		
	keine Hürde	2	25,0%	0	0,0%		
Von wem mehr Unterstützung gewünscht?	Familie	1	12,5%	3	37,5%	4,33(3)	0,228
	Freunde	1	12,5%	2	25,0%		
	Behörden	1	12,5%	2	25,0%		
	genug Hilfe	5	62,5%	1	12,5%		

Allein gelassen geföhlt?	nein, genug Hilfe	5	62,5%	0	0,0%	8,00(2)	0,018
	nein, man muss alleine durch	3	37,5%	6	75,0%		
	ja	0	0,0%	2	25,0%		
in SHG/ Internetforen aktiv?	nein, noch nie	5	62,5%	0	0,0%	8,50(2)	0,014
	nein, nicht mehr	3	37,5%	5	62,5%		
	ja	0	0,0%	3	37,5%		
Personenstands -änderung	nein	5	62,5%	2	25,0%		0,315*
	ja	3	37,5%	6	75,0%		
Einschränkung durchTSG	keine	7	87,5%	6	75,0%		0,584
	durch §8	1	12,5%	1	12,5%		
	keine Kenntnis über TSG	0	0,0%	1	12,5%		
Erfahrungen mit Institutionen	negative	7	87,5%	6	75,0%		1,000*
	nur positive	1	12,5%	2	25,0%		
Mit welcher Institution schlechte Erfahrung gemacht?	Psychotherapeut	2	25,0%	0	0,0%		
	Endokrinologe	3	37,5%	4	50,0%		
	Chirurg	3	37,5%	1	12,5%		
	Hausärzte	0	0,0%	2	25,0%		
	Gutachter	0	0,0%	0	0,0%		
	Gericht	2	25,0%	1	12,5%		
	Krankenkasse	2	25,0%	2	25,0%		
transphobe Erfahrungen	nein	3	37,5%	0	0,0%		0,200*
	ja	5	62,5%	8	100,0%		
Offenheit bzgl. eigener Trans- sexualität im Beruf	nein	5	62,5%	5	62,5%		1,000*
	ja	3	37,5%	3	37,5%		
Offenheit bzgl. eigener Trans- sexualität in Partnerschaft	nein	2	25,0%	2	25,0%		1,000*
	ja	6	75,0%	6	75,0%		

* exakter Test nach Fisher

Quelle:eigene Darstellung

In einem weiteren Schritt wurden die Angaben der 16 Interviewteilnehmer bezüglich ihres jetzigen Arbeitsverhältnisses und Familienstandes mit den Angaben aus ihren psychologischen Gutachten verglichen (siehe Tab.15). Als Verbesserung in der beruflichen Situation wurde das Etablieren auf dem Arbeitsmarkt bzw. das Erhalten einer Altersrente bewertet. Als Verschlechterung galt der Übertritt in die Arbeitslosigkeit. Zum Zeitpunkt des

Interviews war der Großteil der FzM-Transsexuellen (62,5%, n=5) berufstätig. Dagegen standen von acht transsexuellen Frauen nur etwa ein Drittel im Berufsleben, ein Drittel war von Arbeitslosigkeit betroffen (jeweils 37,5%, n=3). Zwei weibliche Transsexuelle bezogen Alters- oder EU-Rente.

Im Vergleich zur beruflichen Situation zum Zeitpunkt der Gutachtenerhebung zeigten sich keine großen Veränderungen. Sie blieb bei allen MzF-Transsexuellen (n=8) sowie bei 75% (n=6) der FzM-Transsexuellen stabil. Lediglich ein FzM-Transsexueller verlor seine Arbeit, ein anderer ging in Rente.

Bezüglich des Familienstandes wurde eine neu entstandene Partnerschaft als positive Veränderung definiert, während das Leben allein als negativer Wandel gesehen wurde.

Zum Zeitpunkt des Interviews war die Mehrheit der FzM- (62,5%; n=5) und MzF-Transsexuellen (75%; n=6) ledig. Nur drei (37,5%) männliche und zwei (25%) weibliche Transgender-Personen lebten in einer Partnerschaft. Über den Zeitraum zwischen Gutachtenerhebung und Interviewdurchführung bestanden bei den meisten Betroffenen (75%, n=12) konstante Familienverhältnisse. Zwei Transsexuelle erfuhren in der Zwischenzeit eine Verbesserung im Sinne einer neuen Partnerschaft. Zwei FzM-Transsexuelle lebten mittlerweile allein.

Tabelle 15: Demografische Merkmale im Vergleich zum Zeitpunkt des Gutachtens

		Transsexualität					
		Frau zu Mann n=8		Mann zu Frau n=8			
		n	%	n	%	X²(df)	p
Familien- status	allein lebend	5	62,5%	6	75,0%		1,000*
	Partnerschaft/Ehe	3	37,5%	2	25,0%		
im Vgl. zum Gutachten	stabil	5	62,5%	7	87,5%	2,33(2)	0,311
	verbessert	1	12,5%	1	12,5%		
	verschlechtert	2	25,0%	0	25,0%		
Arbeits- situation	arbeitslos	2	25,0%	3	37,5%	1,03(2)	0,597
	berufstätig/Ausbildg.	5	62,5%	3	37,5%		
	(EU)-Rente	1	12,5%	2	25,0%		
im Vgl. zum Gutachten	stabil	6	75,0%	8	100,0%	2,29(2)	0,319
	verbessert	1	12,5%	0	0,0%		
	verschlechtert	1	12,5%	0	0,0%		

* exakter Test nach Fisher

Quelle: eigene Darstellung

6.6 Psychologische Gutachten

Zunächst wurden die im Zeitraum von 2005 bis 2010 begutachteten 44 Transsexuellen in zwei Gruppen eingeteilt, in early- und late-onset Transsexuelle. Wie bereits in Kapitel 5.5 erklärt, wurden die Gruppen dabei anhand ihres Alters zum Zeitpunkt der Antragsstellung auf Vornamensänderung definiert. Mithilfe von Tabelle 16 sollen nun die wesentlichen Merkmale für late-onset Transsexuelle herausgearbeitet werden.

Auf den ersten Blick fiel auf, dass MzF-Transsexuelle mit einem Durchschnittsalter von 35 Jahren zum Zeitpunkt der Antragsstellung deutlich älter waren als die MzF-Transsexuellen mit 28 Jahren ($p < 0,05$). Demnach bestand die Gruppe der late-onset größtenteils aus transsexuellen Frauen (72,7%, $n=16$). Mehr als $\frac{3}{4}$ lebten (77,3%, $n=17$) bis zum 18. Lebensjahr in der DDR.

Weiterhin zeigten sich Unterschiede im Tragen von gegengeschlechtlicher Kleidung in der Kindheit. 50% ($n=11$) der early-onset Transgender-Personen führten bis zum 12. Lebensjahr offenes Cross-dressing durch. In der Gruppe der late-onset trauten sich dies nur wenige (27,3%, $n=6$), ein Großteil (36,4%, $n=8$) tat es ausschließlich heimlich. In einigen Fällen (36,6%, $n=16$) bestand sogar keinerlei Bedürfnis für Cross-dressing.

Anhand der Berufswahl wurde überprüft, inwiefern sich bezüglich dieser Entscheidung ein geschlechtstypisches Verhalten erkennen ließ. Dabei wurde differenziert, ob Transsexuelle eher solche Berufe wählten, die entweder ihrem biologischen oder ihrem angestrebten Geschlecht entsprachen, oder ob sie überwiegende geschlechtsneutrale Berufe ausübten.

Die Hälfte der early-onset und 31,8% ($n=7$) der late-onset Transsexuellen hatten einen geschlechtsneutralen Beruf gewählt. Die überwiegende Mehrheit (59,1%, $n=13$) der late-onset Transsexuellen entschied sich jedoch für einen Beruf, der für das biologische Geschlecht, also in den meisten Fällen für das weibliche Geschlecht, typisch war. Dagegen strebte etwa ein Drittel der early-onset Transsexuellen (27,3%, $n=6$) Berufsgruppen an, die ihrer gewünschten Geschlechtsrolle entsprachen.

Weiterhin auffällig ist, dass Arbeitslosigkeit bei late-onset Transgender-Personen häufiger auftrat. Im Gegensatz zur Gruppe der early-onset Transsexuellen in der 59% ($n=13$) berufstätig waren, standen nur 27% ($n=8$) der late-onset Transsexuellen im Berufsleben, rund 58% ($n=12$) hatten zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung keine berufliche Beschäftigung.

Tabelle 16: Merkmale von late-onset Transsexuellen

		Transsexualität					
		Frau zu Mann		Mann zu Frau			
		n=18		n=26			
		M	SD	M	SD	t(df)	p
Alter bei Antragsstellung		28,56	8,28	35,27	8,21	-2,18(42)	0,036
		Early-Onset n=22		Late-Onset n=22			
		n	%	n	%		
Transsexualität	Frau zu Mann	12	54,5%	6	27,3%		0,124*
	Mann zu Frau	10	45,5%	16	72,7%		
bis 18.Lj.	DDR (1949-1990)	0	0,0%	17	77,3%		< 0,001*
	BRD (1949-heute)	22	100%	5	22,7%		
Cross-dressing bis 12. Lj.	offen	11	50,0%	6	27,3%	3,74(3)	0,154
	heimlich	3	13,6%	8	36,4%		
	nicht durchgeführt	8	36,4%	8	36,4%		
erlernter Beruf	typ. Wunschgeschlecht	6	27,3%	2	9,1%	8,65(3)	0,034
	typ. biologischen Geschlecht	4	18,2%	13	59,1%		
	geschlechtsneutral	11	50,0%	7	31,8%		
	keinen Beruf erlernt	1	3,8%	0	0,0%		
Arbeitssituation	berufstätig/Ausbildg./ Studium	13	59,1%	8	26,9%	3,62(2)	0,164
	arbeitslos	9	40,9%	12	57,7%		
	(EU)-Rente	0	0,0%	2	7,7%		
Eheschließung	nein	22	100%	11	50,0%		< 0,001*
	ja	0	0,0%	11	50,0%		
eigene Kinder	nein	20	90,9%	11	50,0%	8,84(1)	0,007
	ja	2	9,1%	11	50,0%		
Prognose	ungünstig	0	0,0%	5	22,7%	7,40(2)	0,025
	günstig	21	95,5%	14	63,6%		
	ungewiss	1	3,8%	3	13,6%		

* exakter Test nach Fisher

Quelle: eigene Darstellung

Deutliche Unterschiede zwischen early- und late-onset Transsexuellen konnten bzgl. „Eheschließung“ und „eigene Kinder“ nachgewiesen werden (siehe Tab. 16). Late-onset Transgender-Personen gingen häufiger den Bund der Ehe (50%, n=11, p<0,01) ein und waren

häufiger Elternteil eigener Kinder (50%, n=11, $p<0,01$) als early-onset Transsexuelle (Ehe: 0,0%, eigene Kinder: 9,1%).

Am Ende eines jeden Gutachtens wurde eine Prognose über die Stabilität des Zugehörigkeitsempfindens zum anderen Geschlecht formuliert. Die große Mehrheit der begutachteten Transsexuellen (79,5%, n=35), darunter 95% (n=21) aus der Gruppe der early-onset, besaß eine günstige Prognose. Das heißt, diese Transsexuellen konnten glaubhaft übermitteln, dass sich ihre Überzeugung dem anderen Geschlecht zugehörig zu sein, mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr ändern wird. Bei nahezu 23% (n=8) der late-onset Transsexuellen zeigte sich aufgrund persönlicher und/oder psychischer Probleme eine eher schlechte Prognose.

In einem weiteren Schritt wurden die Gutachten nach Hinweisen für psychische Auffälligkeiten unter den 18 FzM-Transsexuellen und 26 MzF-Transsexuellen untersucht, wobei die Betroffenen in manchen Fällen unter mehreren psychischen Erkrankungen litten (siehe Tab. 17).

Bei insgesamt 24 Transsexuellen (54,5%) gab es zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung keinen Anhaltspunkt für eine psychische Erkrankung oder eine erhöhte psychische Belastung. 9 Transgender-Personen (20,5%) berichteten über psychische Belastungen in der Vergangenheit, meist während des Prozesses, die Transsexualität für sich zu erkennen. Nachdem sie jedoch einen Weg gefunden hatten, reduzierte sich der psychische Druck. Am häufigsten litten die Betroffenen dabei unter Depressionen bzw. depressiver Stimmung (15,9%, n=7), gefolgt von Substanzmissbrauch in Form von vermehrtem Alkohol- oder Drogenkonsum (6,8%, n=3).

Bei 11 Transgender-Personen (25%) bestanden zum Zeitpunkt der Gutachtenerhebung nach wie vor psychische Auffälligkeiten, wobei auch hier Depressionen (13,6%, n=6) und Substanzmissbrauch (4,5%, n=2) die größte Rolle spielten. Zudem trat bei wenigen (4,5%, n=2) eine gewisse Borderline-Symptomatik, also selbstverletzendes Verhalten, auf. Sehr selten litten die begutachteten Transgender-Personen unter Zwangs- oder Angststörungen.

Aufgrund der enormen psychischen Belastung auf dem Weg seine Geschlechtsidentität zu finden, versuchten sogar 7 MzF-Transsexuelle (26,9%) einen Suizid. Dagegen schienen FzM-Transsexuelle diese Möglichkeit nie in Betracht gezogen zu haben.

Tabelle 17: Psychische Erkrankungen unter den 44 begutachteten Transsexuellen

		Transsexualität					
		Frau zu Mann		Mann zu Frau			
		n=18		n=26			
		n	%	n	%	X²(df)	p
psychische Erkrankung	keine vorhanden	10	55,6%	14	53,8%	0,15(2)	0,929
	früher betroffen	4	22,2%	5	19,2%		
	aktuell betroffen	4	22,2%	7	26,9%		
Suizidversuch	ja	0	0,0%	7	26,9%		0,031*
	nein	18	100%	19	73,1%		
Depression/ Depressivität	keine vorhanden	14	77,8%	17	65,4%	1,70(2)	0,427
	früher betroffen	3	16,7%	4	15,4%		
	aktuell betroffen	1	5,6%	5	19,2%		
Substanzabusus	keiner vorhanden	16	88,9%	23	88,5%	2,21(2)	0,332
	früher betroffen	2	11,1%	1	3,8%		
	aktuell betroffen	0	0,0%	2	7,7%		
Borderline – Symptomatik	keine vorhanden	16	88,9%	25	96,2%	1,57(2)	0,455
	früher betroffen	1	5,6%	0	0,0%		
	aktuell betroffen	1	5,6%	1	3,8%		
Zwangsstörung	keine vorhanden	18	100%	25	96,2%		1,000*
	früher betroffen	0	0,0%	1	3,8%		
	aktuell betroffen	0	0,0%	0	0,0%		
Angststörung	keine vorhanden	17	94,4%	26	100%		0,409*
	früher betroffen	1	5,6%	0	0,0%		
	aktuell betroffen	0	0,0%	0	0,0%		
andere (Anorexie, somatoforme Erkrankg., Paraphilie)	keine vorhanden	16	88,9%	24	92,3%	1,53(2)	0,465
	früherbetroffen	0	0,0%	1	3,8%		
	aktuellbetroffen	2	11,1%	1	3,8%		

*exakter Test nach Fisher

Quelle: eigene Darstellung

7. Diskussion

Ziel der Arbeit war es, die persönliche Entwicklung von Transsexuellen nach erfolgter Vornamens- und Personenstandsänderung retrospektiv zu untersuchen. Dabei lagen die Schwerpunkte auf der Durchführung von geschlechtsangleichenden Maßnahmen, der sozialen Integration bzw. Akzeptanz sowie den damit verbundenen Auswirkungen auf die Bereiche Psyche und Zufriedenheit mit dem eigenen Körper. Alle Aspekte wurden im direkten Vergleich zwischen Frau-zu-Mann- und Mann-zu-Frau-Transsexuellen betrachtet, um zusätzlich Unterschiede zwischen diesen Subgruppen herausarbeiten zu können.

Im folgenden Teil der Arbeit werden zunächst die Ergebnisse diskutiert und in Bezug zur aktuellen Forschungsliteratur gesetzt. Anschließend werden die Grenzen dieser Arbeit in Form einer methodischen Diskussion dargelegt.

7.1 Inhaltliche Diskussion

Es existiert bereits eine Vielzahl an Studien (Kockott und Fahrner 1988, Pfäefflin und Junge 1992), die die Entwicklung von Transsexuellen untersuchten und diese zwischen FzM- und MzF-Transsexuelle verglichen. Als Ausgangspunkt wurde oftmals der Zustand nach Einleitung einer Hormontherapie oder nach geschlechtsangleichenden Operationen gewählt. Diese Studie ist eine der wenigen, die ihre Daten retrospektiv erfasste und den Werdegang bereits ab der gesetzlichen Vornamensänderung nachvollzog.

Entwicklung von MzF-Transsexuellen

Die Annahme, dass MzF-Transsexuelle erst später ihre Transsexualität für sich erkennen, konnte bestätigt werden. Damit stimmt dieses Ergebnis mit den Aussagen bereits existierender Studien (Nieder et al. 2011, Gomez-Gil et al. 2009, Kreukels et al. 2012) überein. Mithilfe des Interviews (n=16) wurde rückblickend eruiert, dass sich bei transsexuellen Frauen das Bewusstsein für ihre Transsexualität im Durchschnitt mit 29 Jahren entwickelte, bei FzM-Transsexuellen mit 24 Jahren, jedoch ohne Signifikanz. Dagegen konnte ein signifikanter Altersunterschied bezüglich des Zeitpunktes der Beantragung der gesetzlichen Vornamensänderung anhand der Gutachten (n=44) nachgewiesen werden. MzF-Transsexuelle (ca. 35 Jahre) waren zu diesem Zeitpunkt deutlich älter als FzM-Transsexuelle (ca. 29 Jahre, $p < 0,05$). Da die Stichprobe der Interviewteilnehmer eine Selektion von

hauptsächlich älteren Transsexuellen umfasste (siehe Kap. 5.5), könnte zunächst vermutet werden, dass allein diese Tatsache das Alter der weiblichen Transgender-Personen erhöht. Jedoch konnte der Altersunterschied auch in den Gutachten festgestellt werden, sodass die Verzerrung des Alters aufgrund der Selektion vernachlässigt werden kann.

Aufgrund ihres Alters gehören die weiblichen Transgender-Personen, die an der vorliegenden Untersuchung teilgenommen haben, häufiger zur Gruppe der late-onset Transsexuellen (72,7%, n=16). Dies entspricht in etwa dem Ergebnis von Seil (2008), bei dem MzF-Transsexuelle einen Anteil von 60% unter den late-onset Transsexuellen ausmachten. Warum jedoch MzF-Transsexuelle erst so viel später ihre Transsexualität erkennen, wurde bisher nur wenig untersucht. Daher wurde die Gruppe der late-onset Transsexuellen auf dem Boden der Gutachten näher beleuchtet, um weitere Charakteristika zu ermitteln, die diesen Umstand erklären könnten.

Als ein möglicher Einflussfaktor bezüglich der transsexuellen Entwicklung könnte die Gesellschaftsform, in der die Transgender-Personen bis zum 18. Lebensjahr lebten, in Betracht gezogen werden. Zumindest ist auffällig, dass 70% der late-onset Transsexuellen in der DDR und alle early-onset Transgender-Personen in der BRD lebten. Einige Interviewteilnehmer gaben an, dass zu Zeiten der DDR Transsexualität in der Bevölkerung nicht bekannt war bzw. tabuisiert wurde. Vermutlich hatten bereits einige late-onset Transsexuelle in der Kindheit das Gefühl, dem anderen Geschlecht zugehörig zu sein, jedoch konnten sie aufgrund der mangelnden Aufklärung dieses Gefühl nicht einordnen. Teilweise wurde diese Vermutung von Rauchfleisch (2009) bestätigt. Auch er vertrat die Meinung, dass gerade die transsexuelle Entwicklung bei männlichen Kindern vom Umfeld unterdrückt wurde. Dies würde auch erklären, warum die Mehrheit (61,6%; n=16) der late-onset Transsexuellen Cross-dressing nur im Verborgenen betrieb oder oftmals gar nicht durchführte, während die Hälfte der early-onset Transsexuellen ihre gewünschte Geschlechtsrolle offen zeigte.

Eine weitere Ursache für das späte Bewusstsein könnte in dem Streben nach sozialer Erwünschtheit liegen. Aufgrund vorgegebener gesellschaftlicher Normen und Zwänge, unterdrückten die Betroffenen ihren Wunsch, im anderen Geschlecht leben zu wollen. Dies spiegelte sich beispielsweise in der Berufswahl sowie in der Lebensgestaltung wider. 59% der late-onset Transsexuellen wählten einen Beruf, der für das biologische Geschlecht, also in den meisten Fällen für Männer, typisch war. Zudem gingen 50% der late-onset Transgender-Personen den Bund der Ehe ein und gründeten eine Familie mit eigenen Kindern. Ein ähnliches Ergebnis wiesen die Studien von Landen et al. (1998) sowie Verschoor und Poortinga (1988)

vor. Bei ihnen waren MzF-Transsexuelle ebenfalls häufiger verheiratet und Elternteil eigener Kinder.

Inwieweit diese Faktoren wirklich die transsexuelle Entwicklung beeinflussen oder ob sie das Resultat dieser verzögerten Entwicklung sind, lässt sich nicht sagen. Dies könnte Gegenstand zukünftiger Studien mit größeren Stichprobensein, die sich speziell mit diesem Thema auseinander setzen.

Körperwahrnehmung

Ursprünglich fühlten sich die meisten Transsexuellen in ihrem eigenen Körper nicht sehr wohl, da die Körpermerkmale nicht mit ihrer angestrebten Geschlechtsidentität übereinstimmten.

In dieser Studie konnte jedoch gezeigt werden, dass sich bei den meisten Transsexuellen im Laufe ihrer Entwicklung eine Zufriedenheit bezüglich ihres Körpers einstellte. Im Interview gaben 69% der Befragten (n=11) an, mittlerweile mit ihrem Körper im Einklang zu leben.

Dies spiegelte sich in den Beurteilung der einzelnen Körperpartien wider, die mittels BIS-Fragebogen erhoben wurden.

Insgesamt standen die untersuchten Transsexuellen ihrem Körper neutral gegenüber (M=2,5). Im Vergleich zu FzM-Transsexuellen (M=2,41) bewerteten MzF-Transsexuelle (M=2,64) ihren Körper geringfügig schlechter, wenn auch nicht signifikant. Eine besonders hohe Unzufriedenheit bestand unter den weiblichen Transgender-Personen gegenüber ihren primären Geschlechtsmerkmalen (M=3,31).

Ein Grund für diese geringere Zufriedenheit bei weiblichen Transgender-Personen könnte darin bestehen, dass MzF-Transsexuelle wesentlich inkonsequenter in der Umsetzung der Geschlechtsangleichung waren als männliche Transsexuelle. Während 7 von 8 FzM-Transsexuellen neben der Hormontherapie bereits mindestens ein bis zwei Operationen durchführen ließen, standen die meisten MzF-Transsexuellen noch auf der Stufe der Hormontherapie.

Die Ursachen für diese Zurückhaltung könnten in der Tatsache liegen, dass MzF-Transsexuelle oftmals älter und bereits verheiratet waren. Zum einen gestaltete sich im Fall einer schon bestehenden Familie der Schritt des Outings und der Angleichung schwieriger. Zum anderen haben sich vermutlich die weiblichen Transsexuellen im Laufe der Zeit sowohl in der Partnerschaft als auch in der Sexualität mit ihren männlichen Geschlechtsmerkmalen arrangiert, sodass kein Grund zur Änderung bestand. Hinzu kommt, dass 63% der MzF-Transsexuellen dem Thema Sexualität nur wenig bis gar keine Bedeutung beimaßen.

Gegen die Annahme, dass sich die Unzufriedenheit mit den Körpermerkmalen auf die inkonsequente Geschlechtsangleichung seitens der weiblichen Transgender-Personen zurückführen lässt, spricht die Studie von Smith et al. (2005). Auch hier bewerteten die MzF-Transsexuellen, trotz der Tatsache, dass bereits Operationen durchgeführt wurden, anhand der Body-Image-Scale die primären Geschlechtsmerkmale schlechter. Das lässt vermuten, dass weibliche Transsexuelle insgesamt kritischer urteilen. Als Grund gaben Rakic et al. (1996) folgende Überlegungen an: aufgrund der gesellschaftlichen Idealvorstellung fühlen sich weibliche Transgender-Personen unter Druck gesetzt, diesem Bild nachzueifern und ihre Erscheinung stets kritisch zu hinterfragen. Daher sollte, um bei zukünftigen Datenerhebungen eine Verzerrung aufgrund der subjektiven Wahrnehmung zu vermeiden, eine objektive Bewertung der Körpermerkmale, beispielsweise durch einen Arzt, als Vergleich hinzugezogen werden.

Außerdem sollte als Ursache für das zögerliche Verhalten gegenüber Operationen nicht nur die weibliche Transsexualität bedacht, sondern auch die Schwere des Eingriffes inklusive seiner Komplikationen mit einbezogen werden. Zwar waren transsexuelle Männer mutiger bezüglich der ersten operativen Schritte wie Mastektomie und Hysterektomie, jedoch hatte die Mehrheit, ähnlich wie bei den transsexuellen Frauen, ebenfalls noch keine geschlechtskorrigierende Operation eingeleitet.

Eine mögliche Folge der subjektiv schlechteren Körperbewertungen ist die geringere Zufriedenheit mit dem Sexualleben. Nur 37,5% der MzF-Transsexuellen ($n=3$) gaben an, mit ihrem Sexualleben zufrieden zu sein, während es bei FzM-Transsexuellen 50% waren.

Weiterhin konnte festgestellt werden, dass die Anzahl der getroffenen Maßnahmen einen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit hatte ($r=-0,348$).

Wurden ergänzend zur Hormontherapie geschlechtsangleichende Operationen durchgeführt, um eine Annäherung an das gewünschte Geschlecht zu erreichen, hatte dies positive Auswirkungen auf die Gesamtbeurteilung. Auch Sammons (2011) konnte aufgrund der Durchführung von Operationen eine Verbesserung der Körperwahrnehmung feststellen. Vergleicht man die Zufriedenheit des Teilnehmers, der noch keine Therapieschritte eingeleitet hatte ($M=3,42$), mit der durchschnittlichen Bewertung der Teilnehmer, die bereits Hormone einnahmen ($M=2,6$), zeigte sich ebenfalls ein positiver Wandel. Dies entspricht den Ergebnissen von Fisher et al. (2014). Sie bewiesen anhand des Body-Uneasiness-Test (BUT) eine Reduzierung des Unwohlseins im eigenen Körper infolge der begonnenen Hormontherapie.

Auch Kraemer et al. (2008) bestätigten, dass postoperative Transgender-Personen ihren Körper positiver bewerteten als präoperative Transsexuelle. Zudem lieferten Kraemer et al. einen weiteren Grund dafür, warum MzF-Transsexuelle unzufriedener mit dem eigenen Körper sind als FzM-Transsexuelle. Sie vermuteten, dass männliche Attribute bei Frauen gesellschaftlich eher akzeptiert werden als weibliche Züge bei Männern.

Die Meinungen der Autoren, inwiefern operative Therapieschritte wirklich die Gesamtzufriedenheit beeinflussen, gehen jedoch stark auseinander. Beispielsweise Cysarz et al. (2008) fanden keinen Zusammenhang zwischen der Körperzufriedenheit und den Therapiestufen.

Demnach ist nach wie vor nicht vollständig geklärt, welche Rolle die einzelnen Therapiemaßnahmen bezüglich der Körperzufriedenheit spielen.

Psychische Belastung

Die Annahme, dass unter Transsexuellen eine erhöht psychische Belastung vorliegt, konnte Mithilfe des BSI-50 für die Teilnehmer (n=16) zum Zeitpunkt des Interviews im März 2012 nicht bestätigt werden. Im Mittel erreichte der GSI für die Stichprobengesamtheit einen Wert von 56 und konnte damit in den oberen Normbereich, welcher zwischen 40 und 60 lag, eingeordnet werden. Im direkten Vergleich zwischen den Geschlechtsidentitäten schien die psychische Belastung unter den MzF-Transsexuellen (GSI=0,51; T-Wert=58) stärker ausgeprägt zu sein als unter den FzM-Transsexuellen (GSI=0,32; T-Wert=51), wenn auch ohne signifikanten Unterschied. Damit wurden bereits existierende Vorbefunde bestätigt (Fisher et al. 2013, Haraldsen und Dahl 2000, De Cuypere et al. 2006), die ebenfalls keinen Unterschied in der psychischen Belastung zwischen Transgender-Personen und der Normalbevölkerung fanden.

Für dieses Ergebnis kommen verschiedene Erklärungen in Betracht. Zum einen könnten sich hauptsächlich Transgender-Personen, die psychisch stabil und gefestigt waren, für die Studienteilnahme bereit erklärt haben. Zum anderen lässt sich aufgrund der subjektiven Beurteilung des Fragebogens nicht ausschließen, dass einige Bewertungen nach sozialer Erwünschtheit abgegeben wurden. Zudem sollte bedacht werden, dass die meisten Teilnehmer zum Zeitpunkt der Datenerhebung erste geschlechtsangleichende Maßnahmen eingeleitet hatten. 15 von 16 Transsexuellen nahmen Hormone ein, 11 Transsexuelle ließen mindestens eine Operation durchführen. Daher könnte die beginnende Annäherung an die gewünschte Geschlechtsidentität bereits zu einer Reduzierung des psychischen Stresses geführt

haben. Vorangegangene Studien zeigten, dass die Einleitung einer Hormontherapie zur Linderung der psychischen Symptome führte (Colizzi et al. 2014, Murad et al. 2010).

Auch Mate-Kole et al. (1988) und Heylens et al. (2014a) wiesen nach, dass die psychische Stabilität je nach Stadium der medizinischen Behandlung variiert bzw. die psychische Belastung nach geschlechtsangleichenden Operationen am ehesten der Belastung der Normalbevölkerung entspricht.

Dies wäre eine Erklärung dafür, dass die psychische Belastung bei der Gutachtenerhebung, also zum Zeitpunkt an dem noch keine Behandlungen durchgeführt worden, größer war. Zwar lagen auch damals in den meisten Fällen (n=24 von 44) keine psychischen Probleme vor, jedoch berichteten 9 Transgender-Personen, dass sie in der Vergangenheit unter psychischen Problemen litten. Vor allem während des Erkenntnisprozesses, so ging es aus den Gutachten hervor, schienen die Betroffenen unter einem enormen Druck zu stehen bzw. verspürten eine starke innere Anspannung, die in einigen Fällen zu einer erhöhten, meist vorübergehenden, psychischen Belastung führte. Oftmals handelte es sich dabei um Depressivität (15,9%, n=7), gefolgt von Drogen- oder Alkoholabusus (6,8%, n=3), wobei bei einem begutachteten Transsexuellen beide Erkrankungen vorlagen.

11 Transgender-Personen waren nach wie vor bei der Gutachtenerhebung von einer psychischen Erkrankung betroffen, wobei auch hier die meisten unter anhaltender Depressivität litten (13,6%, n=6). Dies entspricht dem Ergebnis der europäischen multizentrischen Studie (Heylens et al. 2014b), die etwa bei 60% der untersuchten Transsexuellen eine affektive Störung fand. Mit 28% lagen die Angststörungen an zweiter Stelle. Diese besaßen jedoch unter den begutachteten Transsexuellen nur eine geringe Bedeutung. Weiterhin gab es unter den 44 Transsexuellen keinen Anhaltspunkt für Persönlichkeitsstörungen und nur in zwei Fällen Anzeichen für eine Borderline-Symptomatik. Dies widerspricht den Ergebnissen von Duišin et al. (2014) und Meybodi et al. (2014), die unter Transsexuellen eine erhöhte Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen fanden. Als Einschränkung ist zu bedenken, dass zum Zeitpunkt des Gutachtens eventuelle Persönlichkeitsstörungen nicht anhand eines objektiven Fragebogens erhoben wurden, sondern die psychische Verfassung von einem Gutachter subjektiv eingeschätzt wurde. Daher lässt sich bezüglich der Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen keine eindeutige Aussage treffen. Weitere Studien über einen längeren Zeitraum mittels eines objektiven Messinstrumentes wären hierfür notwendig.

Als mögliche Ursachen für den hohen psychischen Stress kommen, wie schon vermutet, sowohl der Entscheidungsprozess bzgl. der weiteren Therapieschritte als auch das Warten auf

den Therapiebeginn in Betracht (Hurtado et al. 2007). Ein weiteres Anzeichen für den enormen Druck, unter dem Transgender-Personen in der Zeit der Geschlechtsidentitätsänderung standen, war die Anzahl der Suizidversuche ($n=7$). Dabei war auffällig, dass unter den Begutachteten nur MzF-Transsexuelle Suizidversuche begangen hatten ($p=0,031$). Auch nach Fitzpatrick et al. (2005) sowie Grossman und D'Augelli (2007) bestand bei Transsexuellen ein erhöhtes Suizidrisiko, jedoch schien dies hauptsächlich auf den präoperativen Zeitraum zuzutreffen (Imbimbo et al. 2009). Bei Kenagy (2005) gab die Mehrheit der untersuchten Transsexuellen als Grund für ihre Suizidversuche das Dasein als Transgender-Person an. Inwiefern in dieser vorliegenden Arbeit ein Zusammenhang zwischen der Suizidalität und der Transsexualität besteht oder ob die Suizidversuche auf dem Boden psychischer Erkrankungen beruhen, lässt sich anhand der ermittelten Daten nicht einschätzen. Insgesamt scheint jedoch die psychische Belastung stark zu variieren und neben der eigenen Persönlichkeit auch vom Stadium der Behandlung abhängig zu sein. Vor allem die Suizidalität stellt einen Risikofaktor für Transgender-Personen dar und sollte daher stets erfragt werden.

Soziale Integration

Zunächst konnte festgestellt werden, dass alle Teilnehmer zum Interview in ihrer angestrebten Geschlechtsidentität erschienen und angaben, mittlerweile in dieser in allen Lebensbereichen zu leben (siehe Tab. 16). Dies lässt vermuten, dass in den meisten Fällen bereits eine soziale Integration in der neuen Geschlechtsrolle gelang, wenn auch nicht in allen Bereichen.

In einer stabilen Partnerschaft befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews nur 31% ($n=5$). Die Mehrheit der Befragten war ledig. Signifikante Unterschiede zwischen MzF- und FzM-Transsexuellen bestanden nicht. Eine wesentliche Verbesserung gegenüber der Familiensituation zum Zeitpunkt der Gutachtenerhebung konnte nicht festgestellt werden. Auch Parola et al. (2010) ermittelten in ihrer Studie keine Verbesserung zwischen der prä- und postoperativen Familiensituation. Dies lässt die Vermutung zu, dass es Transsexuellen, u.a. aufgrund ihrer Vorgeschichte, nach wie vor schwerfällt, einen Partner zu finden. Dabei schienen auch die ersten geschlechtsangleichenden Maßnahmen, die in der Zeit zwischen Gutachten und Interview durchgeführt worden sind, keine Erleichterung gebracht zu haben.

Anders gestaltete sich dagegen die Arbeitssituation: die Hälfte der Studienteilnehmer stand im Berufsleben, 31% waren arbeitssuchend. Drei (18,75%) der Befragten bezogen Alters- oder

EU-Rente Im Vergleich zur Situation in den Gutachten blieben die Arbeitsverhältnisse für die 16 Studienteilnehmer stabil.

Als jedoch die berufliche Situation aller 44 Transsexuellen anhand der Gutachten untersucht wurde, (siehe Tab. 16) zeigte sich deutlich, dass late-onset Transsexuelle (57,7%; n=12), also hauptsächlich transsexuelle Frauen, häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen waren. In anderen Studien (Bodlund und Kullgren 1996, Gomez-Gil et al. 2009) waren ebenfalls mehr MzF-Transsexuelle arbeitsuchend. Als Ursache für die Arbeitslosigkeit könnte neben eventuell fehlender beruflicher Qualifikation, das gewählte Berufsfeld eine Rolle spielen. Gerade weibliche late-onset Transsexuelle entschieden sich bei der Berufswahl häufig für einen typisch männlichen Beruf (siehe auch Tab. 16). Daher ist anzunehmen, dass es sich oftmals schwierig gestaltete, diesen Job in der Frauenrolle auszuüben.

Nicht nur Beruf und Partnerschaft sind bedeutend für die Integration, sondern auch das soziale Umfeld. Die Mehrheit (62,5%; n=10) der Befragten pflegte mindestens eine enge Freundschaft, nur vier Transgender-Personen, davon drei transsexuelle Frauen, hätten keinen engen Freund. Den Kontakt zu den Eltern bewertete ein Großteil der Teilnehmer als mäßig bis gut. Demzufolge schien in den meisten Fällen ein gutes soziales Netzwerk vorhanden zu gewesen sein. Auch Bruck (2013) konnte für die von ihm untersuchenden transsexuellen Frauen feststellen, dass in den meisten Fällen die Transsexualität in den Familien positiv verarbeitet wurde. Ebenso bestanden in der Studie von Ma (1997) in der Mehrheit der Fälle intakte zwischenmenschliche Beziehungen.

Dennoch gaben in dieser Arbeit 75% der befragten MzF-Transsexuellen an, sich manchmal einsam zu fühlen. Ein möglicher Grund wäre, dass ebenfalls 75% der MzF-Transsexuellen im Interview die Meinung vertraten, dass sie den Weg der Geschlechtsidentitätsänderung allein gehen müssten. Somit entstand der Eindruck, dass viele weibliche Transsexuelle ihre Sorgen und Bedenken mit sich selbst auszumachen. Während FzM-Transsexuelle ausreichend Unterstützung in der Zeit der Geschlechtsidentitätsänderung zuließen.

Einen Punkt, der die Integration erleichtern soll, stellt das deutsche Transsexuellengesetz dar. Trotz der bis 2011 für die gesetzliche Vornamens- und Personenstandsänderung geltenden Voraussetzungen in Form von Fortpflanzungsunfähigkeit und Ehelosigkeit, empfanden 81% (n=13) der interviewten Transgender-Personen das Gesetz nicht als Einschränkung. Ergänzend sollte jedoch hinzugefügt werden, dass 44% der Befragten, wahrscheinlich aufgrund der bis dahin geltenden Bedingungen, bisher keine Personenstandsänderung durchführen ließen.

Im Laufe ihrer Geschlechtsidentitätsänderung machten fast alle Teilnehmer (81,25%; n=13) negative Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen und Fachärzten. Neben den behandelnden Endokrinologen, von denen sich 43,75% der Befragten inkompetent behandelt fühlten, standen auch Chirurgen aufgrund ihrer Operations- und Aufklärungsqualität in der Kritik. Zusätzlich beschwerten sich die Transsexuellen über den langandauernde Bürokratie-Prozesse bei Krankenkassen und Amtsgerichte. Kosenko et al. (2013) befragten 152 Transsexuelle ebenfalls nach ihren Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung. Folgende Kritikpunkte wurden dabei u.a. angegeben: fehlendes Feingefühl, Verweigerung der Behandlung, teilweise minderwertige Behandlung und Beleidigungen. Daher fordern sowohl Roberts und Fantz (2014) als auch Lombardi (2001) eine bessere Schulung der Ärzte im Umgang mit Transsexuellen sowie eine Aufklärung über die speziellen Risikofaktoren in dieser Patientengruppe.

Weiterhin gaben beide transsexuellen Gruppen an, in ihrem Werdegang transphobe Erfahrungen gemacht zu haben (81,25%, n=13). Neben verbalen oder tätlichen Übergriffen in der Öffentlichkeit berichteten viele über Mobbing am Arbeitsplatz. Dabei waren MzF-Transsexuelle häufiger davon betroffen. Die Diskriminierung Transsexueller scheint keine Seltenheit zu sein. Bei Bradford et al. (2013) berichteten 41% der Untersuchten von transgender-bezogenen Diskriminierungen. Bei Sugano et al. (2006) verloren 39% der Teilnehmer aufgrund ihrer gewechselten Geschlechtsidentität ihren Job. Großbritannien reagierte bereits 1994 auf die berufliche Benachteiligung von Transgender-Personen. Laut dem erlassenen Diskriminierungsgesetz ist es verboten, Angestellte aufgrund einer Geschlechtsumwandlung am Arbeitsplatz zu benachteiligen (Green 2010). Dies stellt eine Möglichkeit dar, wie beispielsweise die Diskriminierung auch in Deutschland von Transgender-Personen reduziert werden könnte.

Die oben genannten Ausgrenzungen sprechen nach wie vor dafür, dass die Gesellschaft mit Transsexualität nur schwer umzugehen weiß. Oftmals resultiert daraus eine Art Transphobie, die vor allem in der männlichen Bevölkerung besonders stark ausgeprägt ist (Nagoshi et al. 2008). Gerade Männer haben laut Bernat et al. (2001) vor nicht traditionellen Geschlechtsmanifestationen Angst. Daher gilt es als Ziel, durch mehr Aufklärung in der Bevölkerung die Anerkennung der Transsexualität als Normvariante zu erreichen. Dies wurde bereits von Rauchfleisch (2009) gefordert.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Integration der Transsexuellen weitestgehend gelungen war. Unter anderem müssen jedoch hinsichtlich der Arbeitssituation bei MzF-Transsexuellen muss eine leichte Abstufung gemacht werden. Zudem befanden sich nur

wenige Transsexuelle in einer festen Partnerschaft. Auch Hepp et al. (2002), die ebenfalls eine Katamnese über 33 nachuntersuchte Transsexuelle in der Schweiz verfassten, konnten mehrheitlich eine gute Integration feststellen. Im Gegensatz zu Hepp et al., die zur Erfassung der sozialen Integration einen Fragebogen verwendeten, wurden jedoch die Daten in dieser Arbeit mittels subjektiv beantworteter Interviewfragen erhoben.

7.2 Methodische Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden methodische Probleme und Einschränkungen dieser Arbeit diskutiert.

Sicherlich gilt der kleine Stichprobenumfang von 16 Teilnehmern als einer der Hauptkritikpunkte an dieser Arbeit. Dies führt gerade bei Variablen mit mehreren Merkmalsausprägungen zu sehr kleinen Subgruppen. Um dies zu reduzieren, wurden einige Merkmale zusammengefasst bzw. verallgemeinert, was wiederum bei bestimmten Fragestellungen eine genaue Merkmalszuordnung erschwerte. Zudem müssen sich beim Vergleich zwischen den Geschlechtsidentitäten die Gruppen erheblich voneinander differenzieren, um einen möglichen signifikanten Unterschied ermitteln zu können. Bei sehr kleinen Subgruppen ist dagegendie Signifikanz vermindert.

Auf der anderen Seite sollte bedacht werden, dass die Prävalenz für Transsexualität in Deutschland nach wie vor sehr klein ist. Außerdem wurde von den Transsexuellen neben der anonymen Beantwortung eines Fragebogens die Teilnahme an einem persönlichen Interview, in dem sie offen über ihre Transsexualität sprechen sollten, verlangt. Diese zwei Punkte machten es schwer, mehr Teilnehmer für diese Studie zu gewinnen. Demnach ist die Gewinnung von 16 Teilnehmerndurchaus als positiv zu bewerten. Zudem waren alle wesentlichen Merkmale in der Stichprobe vertreten, sodass sie als repräsentativ für alle 44 begutachteten Transsexuellen anzusehen ist. Auch andere Studien (Zimmermann et al. 2006, Bruck 2013) wiesen, aufgrund der ablehnenden Haltung gegenüber Befragungen seitens der Transgender-Personen, eine geringe Rücklaufquote mit Werten zwischen 30% und 60% auf. In dieser Arbeit lag die Rücklaufquote bei 36%.

Gegebenenfalls hätten die 17 Transsexuellen, die keine Rückmeldung gaben, nochmals zur alleinigen Beantwortung der Fragebögen aufgefordert werden können. Jedoch wurde ihre Entscheidung respektiert und damit von diesem Vorhaben Abstand genommen.

Sowohl für die Ermittlung der Körperwahrnehmung als auch für die Erhebung der psychischen Belastung wurden Selbstbeurteilungsmessinstrumente verwendet. Hierbei könnte

jedoch das angestrebte Verhalten nach sozialer Erwünschtheit die Beantwortung beeinflusst haben. Daher sollten in zukünftigen Studien Fremdeinschätzungen zusätzlich hinzugezogen werden. Zwar wurde die psychische Situation von einem Psychotherapeuten in den Gutachten beleuchtet, jedoch lassen sich die Angaben mit den Ergebnissen aus dem BSI-Fragebogen nur schwer vergleichen. Während der Fragebogen zur Gesamtbeurteilung der allgemeinen psychischen Belastung verwendet wird, dient die Beurteilung des Gutachters hauptsächlich dem Ausschluss von anderen psychischen Erkrankungen als Ursache für die bestehende Transsexualität.

Eine weitere Einschränkung liegt in der retrospektiven Erfassung der Daten. Dies betrifft vor allem die Aussagen über den Werdegang von der Kindheit bis zum Zeitpunkt des Interviews und der damit verbundenen Entwicklung der eigenen Transsexualität. Teilweise liegen die Ereignisse weit zurück, sodass Details in Vergessenheit geraten sein könnten oder vom heutigen Standpunkt aus anders bewertet wurden als damals.

Wie bereits beschrieben, wurde der Werdegang der Transgender-Personen ausschließlich anhand ihrer subjektiven Erzählungen rekapituliert und, wenn möglich, mit den Angaben aus den Gutachten in Bezug gesetzt. Um eine fundiertere Aussage über die Entwicklung der Transsexuellen treffen zu können, sollte in kommenden Studien eine zweizeitige Befragung in Betracht gezogen werden. Die erste Befragung könnte zum Zeitpunkt der Gutachtenerhebung erfolgen, die zweite beispielsweise nach Einleitung erster geschlechtsangleichender Maßnahmen. Dies würde neben einer Objektivierung der Daten, auch eine bessere Vergleichbarkeit schaffen.

Weiterhin könnte die weitestgehend günstige Entwicklung der Teilnehmer auf eine positive Selektion hinsichtlich der Stichprobe zurückzuführen sein. Das heißt, es könnten hauptsächlich die Transsexuellen an der Studie teilgenommen haben, bei denen die Änderung der Geschlechtsidentität ohne größere Probleme erfolgte.

Um Daten aus den persönlichen Interviews und den psychologischen Gutachten erheben zu können, wurden selbstformulierte Items verwendet. Diese stellen einen weiteren Kritikpunkt für diese Arbeit dar. Zum einen galt es, die stark variierenden Aussagen aus den Interviews zu Variablen zusammenzufassen. Daher waren die Items sehr allgemein formuliert oder es gab mehrere Merkmalsausprägungen. Zum anderen gestaltete sich eine einheitliche Erfassung der Gutachten als schwierig. Zwar wurden alle Gutachten im gleichen Institut und vom selben Experten verfasst, dennoch variierten sie im Aufbau und Inhalt. Aus diesem Grund konnten nur solche Daten erfasst werden, zu denen in allen Gutachten eine Aussage getroffen wurde. Demzufolge war die Datengewinnung deutlich begrenzt.

Für kommende Gutachten könnte ein Leitfaden entwickelt werden, der vorgibt, welche Punkte in allen Gutachten aufgegriffen werden müssen. Dies würde die Verwendung der Gutachten in weiteren Studien deutlich erleichtern.

8. Schlussfolgerungen

Rückblickend scheint die Entwicklung der befragten Transgender-Personen nach ihrer gesetzlichen Vornamens- und/oder Personenstandsänderung, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Durchschnitt 3,4 Jahre zurücklag, weitestgehend positiv verlaufen zu sein. Alle Teilnehmer lebten mittlerweile in ihrer gewünschten Geschlechtsidentität.

Wie schon bekannt, entwickelten die befragten MzF-Transsexuellen ihr Bewusstsein für ihre Transsexualität später als FzM-Transsexuelle. Dies bestätigte sich durch den signifikanten Altersunterschied bei der Beantragung der gesetzlichen Vornamensänderung. Mit dem höheren Alter der weiblichen Transgender-Personen waren einige Charakteristika verbunden: die meisten MzF-Transsexuellen wuchsen in der DDR auf; sie betrieben aufgrund fehlender Toleranz in der Kindheit Cross-dressing nur im Verborgenen oder hatten gar kein Interesse daran, weibliche Kleidung zu tragen; MzF-Transsexuelle waren häufiger verheiratet und oftmals Elternteil eigener Kinder.

Weiterhin kann für die 16 Studienteilnehmer gesagt werden, dass sie sich gut in die Gesellschaft integriert hatten und über ein ausreichend soziales Netzwerk verfügten. Einschränkungen mussten bezüglich der Partnerschaft getroffen werden. Trotz geschlechtsangleichender Maßnahmen war die Mehrheit der Teilnehmer alleinstehend. Zudem spielte Arbeitslosigkeit bei etwa 30% der Befragten eine Rolle.

Gerade zu Beginn der Geschlechtsidentitätsänderung leiden Transgender-Personen unter ihrem Körper, da er nicht ihrem angestrebten Geschlecht entspricht. Umso erfreulicher ist es, dass in dieser Studie eine relative Körperzufriedenheit ermittelt werden konnte, wobei MzF-Transsexuelle ihren Körper geringfügig negativer als FzM-Transsexuelle bewerteten. Dies lässt sich unter anderem auf ihr eher zögerliches Verhalten bezüglich operativer Geschlechtsangleichung zurückführen. Zusätzlich konnte ein Zusammenhang zwischen der Körperzufriedenheit und der Anzahl an durchgeführten geschlechtsangleichenden Maßnahmen ermittelt werden.

Zum Zeitpunkt des Interviews konnte keine erhöhte psychische Belastung unter den teilnehmenden Transgender-Personen nachgewiesen werden. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden transsexuellen Subgruppen. Über vorhandene Persönlichkeitsstörungen lässt sich anhand der vorliegenden Daten keine Aussage treffen.

Das positive Ergebnis in der Entwicklung der Transgender-Personen ist sicherlich auch auf die vorwiegend gute medizinische Betreuung in Deutschland zurückzuführen. Bis dato

geltendie von Becker et al. (1998) formulierten Empfehlungen als Leitlinie für die medizinische Versorgung. Diese orientieren sich jedoch noch an der 4. Version der internationalen Standards of Care, welche seither bereits dreimal überarbeitet worden ist. Kritiker fordern vor allem eine Entpsychopathologisierung der Transsexuellen sowie die Abschaffung der verpflichtenden Psychotherapie und dem damit einhergehenden Alltagstest(Hamm und Sauer 2014).Daher werden die Standards aktuell durch die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung überarbeitet undvoraussichtlich im Juli 2015 durch eine evidenzbasierte AWMF-Leitlinie ersetzt(Nieder und Strauß 2014). Damit soll eine noch bessere Versorgung, die speziell auf die Bedürfnisse der Transgender-Personeneingeht, in Deutschland gewährleistet werden.

9. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Ahmadzad-Asl M, Jalali AH, Alavi K, Naserbakht M, Taban M, Mohseninia-Omrani K, Eftekhar M. 2013. The epidemiology of transsexualism in Iran. *European Psychiatry*, 28.
- Ainsworth TA, Spiegel JH. 2010. Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Qual Life Res*, 19 (7):1019-1024.
- APA. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Washington D.C.: American Psychiatric Association (APA).
- Asscheman H, Giltay EJ, Megens JA, de Ronde WP, van Trotsenburg MA, Gooren LJ. 2011. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol*, 164 (4):635-642.
- Augstein MS. 1996. Gutachten nach dem Transsexuellengesetz. In: Clement U, Senf W, Hrsg. *Transsexualität - Behandlung und Begutachtung*. Stuttgart: Schattauer, 75-79.
- Bao AM, Swaab DF. 2011. Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Front Neuroendocrinol*, 32 (2):214-226.
- Baumeister S, Sohn M, Domke C, Exner K. 2011. Phalloplasty in female-to-male transsexuals: experience from 259 cases. *Handchir Mikrochir Plast Chir*, 43 (4):215-221.
- Becker S, Bosinski HA, Clement U, Eicher W, Goerlich TM, Hartmann U, Kockott G, Langer D, Preuss WF, Schmidt G, Springer A, Wille R. 1998. Standards for treatment and expert opinion on transsexuals. The German Society for Sexual Research, The Academy of Sexual medicine and the Society for Sexual Science. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 66 (4):164-169.
- Beier KM, Bosinski H, Loewit K, Sohn M, Peek A. 2005. *Geschlechtsidentitätsstörungen. Sexualmedizin; Grundlagen und Praxis*. München, Jena: Elsevier, Urban&Fischer, 366-412.
- Benjamin H. 1967. Transvestism and Transsexualism in the Male and Female. *The Journal of Sex Research*, 3 (2):107-127.
- Bernat JA, Calhoun KS, Adams HE, Zeichner A. 2001. Homophobia and physical aggression toward homosexual and heterosexual individuals. *J Abnorm Psychol*, 110 (1):179-187.
- Blanchard R. 1988. Nonhomosexual Gender Dysphoria. *The Journal of Sex Research*, 24:188-193.
- Bockting W, Benner A, Coleman E. 2009. Gay and bisexual identity development among female-to-male transsexuals in North America: emergence of a transgender sexuality. *Arch Sex Behav*, 38 (5):688-701.
- Bodlund O, Kullgren G. 1996. Transsexualism-general outcome and prognostic factors: a five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Arch Sex Behav*, 25 (3):303-316.
- Bradford J, Reisner SL, Honnold JA, Xavier J. 2013. Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *Am J Public Health*, 103 (10):1820-1829.
- Bruck JC. 2013. [The social background of male to female transsexuals]. *Handchir Mikrochir Plast Chir*, 45 (4):202-206.
- Byne W, Bradley SJ, Coleman E, Eyler E, Green R, Menvielle EJ, Meyer-Bahlburg H, Pleak RR, Tompkins DA. 2012. Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Archiv Sexual Behavior*, 41 (4):759-796.

- Clement U, Senf W. 1996a. Psychotherapie mit Transsexuellen: Ziele und Vorgehen. In: Clement U, Senf S, Hrsg. Transsexualität-Behandlung und Begutachtung. Stuttgart: Schattauer, 19-24.
- Clement U, Senf W. 1996b. Diagnose der Transsexualität. In: Clement U, Senf W, Hrsg. Transsexualität-Behandlung und Begutachtung. Stuttgart: Schattauer, 1-7.
- Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ. 1999. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosom Res*, 46 (4):315-333.
- Cohen-Kettenis PT, Pfafflin F. 2010. The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Arch Sex Behav*, 39 (2):499-513.
- Colizzi M, Costa R, Todarello O. 2014. Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39:65-73.
- Colizzi M, Costa R, Pace V, Todarello O. 2013. Hormonal treatment reduces psychobiological distress in gender identity disorder, independently of the attachment style. *J Sex Med*, 10 (12):3049-3058.
- Cysarz D, Piwowarczyk A, Czernikiewicz W, Dulko S, Kokoszka A. 2008. Changes in body image satisfaction, sense of coherence and life satisfaction during the therapy of women with transsexualism. A preliminary report. *Psychiatr Pol*, 42 (1):115-123.
- Daskalos CT. 1998. Changes in the sexual orientation of six heterosexual male-to-female transsexuals. *Arch Sex Behav*, 27 (6):605-614.
- De Cuypere G, Van Hemelrijck M, Michel A, Caraël B, Heylens G, Rubens R, Hoebeke P, Monstrey S. 2007. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry*, 22 (3):137-141.
- De Cuypere G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, De Sutter P, Hoebeke P, Monstrey S, Vansteenkoven A, Rubens R. 2005. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav*, 34 (6):679-690.
- De Cuypere G, Elaut E, Heylens G, Maele GV, Selvaggi G, G.T.Sjoen, Rubens R, Hoebeke P, Monstrey S. 2006. Long-term follow-up: psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Sexologies*, 15 (2):126-133.
- Derogatis LR, Melisaratos N. 1983. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med*, 13 (3):595-605.
- Dhejne C, Oberg K, Arver S, Landen M. 2014. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960-2010: prevalence, incidence, and regrets. *Arch Sex Behav*, 43 (8):1535-1545.
- Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson AL, Langstrom N, Landen M. 2011. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PLoS One*, 6 (2):e16885.
- DIMDI 2015-04-24. internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM 2014) <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-f60-f69.htm>
- Doorn CD, Poortinga J, Verschoor AM. 1994. Cross-gender identity in transvestites and male transsexuals. *Arch Sex Behav*, 23 (2):185-201.
- Doornaert M, Hoebeke P, Ceulemans P, T'Sjoen G, Heylens G, Monstrey S. 2011. Penile reconstruction with the radial forearm flap: an update. *Handchir Mikrochir Plast Chir*, 43 (4):208-214.
- Dozier R. 2005. Beards, breasts, and bodies: Doing sex in a gendered world. *Gender&Society*, 19:297-316.
- Duden 2015-04-16. <http://www.duden.de/node/689856/revisions/1195308/view>.

- Duišin D, Borjanka Batinić, Jasmina Barišić, Miroslav L. Djordjevic, Svetlana Vujović, Bizic M. 2014. Personality Disorders in Persons with Gender Identity Disorder. *The Scientific World Journal*, 2014:7.
- Fisher AD, Bandini E, Casale H, Ferruccio N, Meriggiola MC, Gualerzi A, Manieri C, Jannini E, Mannucci E, Monami M, Stomaci N, Delle Rose A, Susini T, Ricca V, Maggi M. 2013. Sociodemographic and clinical features of gender identity disorder: an Italian multicentric evaluation. *J Sex Med*, 10 (2):408-419.
- Fisher AD, Castellini G, Bandini E, Casale H, Fanni E, Benni L, Ferruccio N, Meriggiola MC, Manieri C, Gualerzi A, Jannini E, Oppo A, Ricca V, Maggi M, Rellini AH. 2014. Cross-sex hormonal treatment and body uneasiness in individuals with gender dysphoria. *J Sex Med*, 11 (3):709-719.
- Fitzpatrick KK, Euton SJ, Jones JN, Schmidt NB. 2005. Gender role, sexual orientation and suicide risk. *J Affect Disord*, 87 (1):35-42.
- Franke GH. 1997. Erste Studien zur Güte des Brief Symptom Inventory (BSI). *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 3-4.
- Franke GH, Hrsg. 2000. Brief symptom inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) : BSI ; Manual; Deutsche Version. Göttingen: Belz Test.
- Garaffa G, Christopher NA, Ralph DJ. 2010. Total phallic reconstruction in female-to-male-transsexuals. *European Urology*, 57 (4):715-722.
- Garrels L, Kockott G, Michael N, Preuss W, Renter K, Schmidt G, Sigusch V, Windgassen K. 2000. Sex ratio of transsexuals in Germany: the development over three decades. *Acta Psychiatr Scand*, 102 (6):445-448.
- Gomez-Gil E, Trilla A, Salameo M, Godas T, Valdes M. 2009. Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Arch Sex Behav*, 38 (3):378-392.
- Gooren L. 1986. The neuroendocrine response of luteinizing hormone to estrogen administration in heterosexual, homosexual, and transsexual subjects. *J Clin Endocrinol Metab*, 63 (3):583-588.
- Gooren L. 1990. The endocrinology of transsexualism: a review and commentary. *Psychoneuroendocrinology*, 15 (1):3-14.
- Gooren LJ, Giltay EJ, Bunck MC. 2008. Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: extensive personal experience. *J Clin Endocrinol Metab*, 93 (1):19-25.
- Green R. 2010. Transsexual legal rights in the United States and United kingdom: employment, medical treatment, and civil status. *Arch Sex Behav*, 39 (1):153-160.
- Grossman AH, D'Augelli AR. 2007. Transgender Youth and Life-Threatening Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (5):527-537.
- Haas AP, Rogers PL, Herman JL. 2014. Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults American foundation for suicide prevention Williams Institute, UCLA School of Law.
- Hamm JA, Sauer AT. 2014. Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans-Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27 (1):4-30.
- Haraldsen IR, Dahl AA. 2000. Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatr Scand*, 102 (4):276-281.
- Hardt J, Brähler E. 2007. Symptomchecklisten bei Patienten mit chronischen Schmerzen. *Der Schmerz*, 21 (1):7-14.
- Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ, 3rd, Spack NP, Tangpricha V, Montori VM, Endocrine S. 2009. Endocrine treatment of

- transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 94 (9):3132-3154.
- Henningsson S, Westberg L, Nilsson S, Lundstrom B, Ekselius L, Bodlund O, Lindstrom E, Hellstrand M, Rosmond R, Eriksson E, Landen M. 2005. Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism. *Psychoneuroendocrinology*, 30 (7):657-664.
- Hepp U, Klaghofer R, Burkhard-Kubler R, Buddeberg C. 2002. Treatment follow-up of transsexual patients. A catamnestic study. *Nervenarzt*, 73 (3):283-288.
- Heylens G, Verroken C, De Cock S, T'Sjoen G, De Cuypere G. 2014a. Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: a prospective study of persons with a gender identity disorder. *J Sex Med*, 11 (1):119-126.
- Heylens G, Elaut E, Kreukels BP, Paap MC, Cerwenka S, Richter-Appelt H, Cohen-Kettenis PT, Haraldsen IR, De Cuypere G. 2014b. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *Br J Psychiatry*, 204 (2):151-156.
- Hines M, Allen LS, Gorski RA. 1992. Sex differences in subregions of the medial nucleus of the amygdala and the bed nucleus of the stria terminalis of the rat. *Brain Res*, 579 (2):321-326.
- Hoenig J, Kenna JC. 1974. The prevalence of transsexualism in England and Wales. *Br J Psychiatry*, 124 (579):181-190.
- Hurtado F, Gomez M, Donat F. 2007. Transsexualismo y salud mental. *Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica*, 12 (1):43-57.
- Imbimbo C, Verze P, Palmieri A, Longo N, Fusco F, Arcaniolo D, Mirone V. 2009. A report from a single institute's 14-year experience in treatment of male-to-female transsexuals. *J Sex Med*, 6 (10):2736-2745.
- Johansson A, Sundbom E, Hojerback T, Bodlund O. 2010. A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Arch Sex Behav*, 39 (6):1429-1437.
- Juraska JM. 1991. Sex differences in "cognitive" regions of the rat brain. *Psychoneuroendocrinology*, 16 (1-3):105-109.
- Kenagy GP. 2005. Transgender health: findings from two needs assessment studies in Philadelphia. *Health Soc Work*, 30 (1):19-26.
- Kesteren PJv, Gooren LJ, Megens JA. 1996. An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. *Arch Sex Behav*, 25 (6):589-600.
- Khoury RK, Young VL, Casoli VM. 1998. Long-term results of total penile reconstruction with a prefabricated lateral arm free flap. *J Urol*, 160 (2):383-388.
- Kockott G. 1996. Die klinische Koordination der Behandlung und Begutachtung -Behandlungsstufen. In: Clement U, Senf W, Hrsg. *Transsexualität-Behandlung und Begutachtung*. Stuttgart: Schattauer, 8-17.
- Kockott G, Fahrner EM. 1987. Transsexuals who have not undergone surgery: a follow-up study. *Arch Sex Behav*, 16 (6):511-522.
- Kockott G, Fahrner EM. 1988. Male-to-female and female-to-male transsexuals: a comparison. *Arch Sex Behav*, 17 (6):539-546.
- Kosenko K, Rintamaki L, Raney S, Maness K. 2013. Transgender patient perceptions of stigma in health care contexts. *Med Care*, 51 (9):819-822.
- Kraemer B, Delsignore A, Schnyder U, Hepp U. 2008. Body image and transsexualism. *Psychopathology*, 41 (2):96-100.
- Krege S, Bex A, Lümmer G, Rübber H. 2001. Male-to-female transsexualism: a technique, results and long-term follow up in 66 patients. *BJU Int*, 88 (4):396-402.
- Kreukels BP, Haraldsen IR, De Cuypere G, Richter-Appelt H, Gijs L, Cohen-Kettenis PT. 2012. A European network for the investigation of gender incongruence: the ENIGI initiative. *Eur Psychiatry*, 27 (6):445-450.

- Kuhn A, Bodmer C, Stadlmayr W, Kuhn P, Mueller MD, Birkhauser M. 2009. Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertil Steril*, 92 (5):1685-1689 e1683.
- Landen M, Walinder J, Lundstrom B. 1996. Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *Acta Psychiatr Scand*, 93 (4):221-223.
- Landen M, Walinder J, Lundstrom B. 1998. Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: a descriptive study. *Acta Psychiatr Scand*, 97 (3):189-194.
- Lawrence AA. 2003. Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav*, 32 (4):299-315.
- Lawrence AA. 2007. Becoming what we love: autogynephilic transsexualism conceptualized as an expression of romantic love. *Perspect Biol Med*, 50 (4):506-520.
- Levine SB. 1980. Psychiatric diagnosis of patients requesting sex reassignment surgery. *J Sex Marital Ther*, 6 (3):164-173.
- Lindgren TW, Pauly IB. 1975. A body image scale for evaluating transsexuals. *Arch Sex Behav*, 4 (6):639-656.
- Lobato MI, Koff WJ, Manenti C, da Fonseca Seger D, Salvador J, da Graca Borges Fortes M, Petry AR, Silveira E, Henriques AA. 2006. Follow-up of sex reassignment surgery in transsexuals: a Brazilian cohort. *Arch Sex Behav*, 35 (6):711-715.
- Lombardi E. 2001. Enhancing transgender health care. *Am J Public Health*, 91 (6):869-872.
- Ma JLC. 1997. A systems approach to the social difficulties of transsexuals in Hong Kong. *Journal of Family Therapy*, 19 (1):71-88.
- Mate-Kole C, Freschi M, Robin A. 1988. Aspects of psychiatric symptoms at different stages in the treatment of transsexualism. *Br J Psychiatry*, 152:550-553.
- MDS. 2009. Begutachtungsanleitung für geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
- Meybodi AM, Hajebi A, Jolfaei AG. 2014. The frequency of personality disorders in patients with gender identity disorder. *Med J Islam Repub Iran*, 28:90.
- Michel A, Mormont C, Legros JJ. 2001. A psycho-endocrinological overview of transsexualism. *Eur J Endocrinol*, 145 (4):365-376.
- Michel A, Ansseau M, Legros JJ, Pitchot W, Mormont C. 2002. The transsexual: what about the future? *Eur Psychiatry*, 17 (6):353-362.
- Moore E, Wisniewski A, Dobs A. 2003. Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *J Clin Endocrinol Metab*, 88 (8):3467-3473.
- Motmans J, Meier P, Ponnet K, T'Sjoen G. 2012. Female and male transgender quality of life: socioeconomic and medical differences. *J Sex Med*, 9 (3):743-750.
- Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, Montori VM. 2010. Hormonal therapy and sex reassignment: a systemic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72:214-231.
- Nagoshi JL, Adams KA, Terrell HK, Hill ED, Brzuzy S, Nagoshi CT. 2008. Gender Differences in Correlates of Homophobia and Transphobia. *Sex roles*, 59 (7-8):521-531.
- Newfield E, Hart S, Dibble S, Kohler L. 2006. Female-to-male transgender quality of life. *Qual Life Res*, 15 (9):1447-1457.
- Nieder TO, Richter-Appelt H. 2012. Transsexualität und Geschlechtsdysphorie. *Gynäkologische Geburtsmedizin, Gynäkologische Endokrinologie* 2012, 8 (1):60-71.

- Nieder TO, Strauß B. 2014. Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsdysphorie-Stand der aktuellen Entwicklungen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 1 (27):59-76.
- Nieder TO, Briken P, Richter-Appelt H. 2014. Transgender, transsexualism and gender dysphoria: current developments in diagnostics and health care. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 64 (6):232-245.
- Nieder TO, Herff M, Cerwenka S, Preuss WF, Cohen-Kettenis PT, De Cuypere G, Haraldsen IR, Richter-Appelt H. 2011. Age of onset and sexual orientation in transsexual males and females. *J Sex Med*, 8 (3):783-791.
- Nuttbrock L, Bockting W, Mason M, Hwahng S, Rosenblum A, Macri M, Becker J. 2011. A further assessment of Blanchard's typology of homosexual versus non-homosexual or autogynephilic gender dysphoria. *Arch Sex Behav*, 40 (2):247-257.
- Olsson SE, Moller A. 2006. Regret after sex reassignment surgery in a male-to-female transsexual: a long-term follow-up. *Arch Sex Behav*, 35 (4):501-506.
- Parola M, Bonierbale M, Lemaire A, Aghababian V, Michel A, Lancon C. 2010. Study of quality of life for transsexuals after hormonal and surgical reassignment. *Sexologies*, 19 (1):24-28.
- Person E, Oversey L. 1974. The transsexual syndrom in males: I. Primary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28 (1):4-20.
- Pfaefflin F, Junge A. 1992. Nachuntersuchungen nach Geschlechtsumwandlung. Eine kommentierte Literaturübersicht von 1961-1991. In: Pfaefflin F, Junge A, Hrsg. *Geschlechtsumwandlung: Abhandlung zur Transsexualität*. Stuttgart: Schattauer, 149-446.
- Rakic Z, Starcevic V, Maric J, Kelin K. 1996. The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes. *Arch Sex Behav*, 25 (5):515-525.
- Rauchfleisch U. 2009. Von der Krankheit Transsexualität zur nicht pathologischen Transidentität. In: Rauchfleisch U, Hrsg. *Transsexualität-Transidentität, Begutachtung, Begleitung, Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 13-25.
- Rauchfleisch U, Barth D, Battegay R. 1998. Results of long-term follow-up of transsexual patients. *Nervenarzt*, 69 (9):799-805.
- Reed B, Rhodes S, Schofield P, Wylie K. 2009. Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution. *Gender Identity Research and Education Society (GIRES)*.
- Rehman J, Lazer S, Benet AE, Schaefer LC, Melman A. 1999. The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Arch Sex Behav*, 28 (1):71-89.
- Roberts TK, Fantz CR. 2014. Barriers to quality health care for the transgender population. *Clin Biochem*, 47 (10-11):983-987.
- Salgado CJ, Eidelson S, Madalon R, Sun Z. 2012. Penile reconstruction. *Anaplastology*, 1 (2).
- Salvador J, Massuda R, Andreazza T, Koff WJ, Silveira E, Kreische F, de Souza L, de Oliveira MH, Rosito T, Fernandes BS, Lobato MI. 2012. Minimum 2-year follow up of sex reassignment surgery in Brazilian male-to-female transsexuals. *Psychiatry Clin Neurosci*, 66 (4):371-372.
- Sammons D. 2011. Body beautiful: The impact of body image on sexual pleasure in a transgender population. *ProQuest Information & Learning*, 71:5144-5144.
- Seil D. 2008. The Diagnosis and Treatment of Transgendered Patients. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 8 (1-2):99-116.
- Selvaggi G, Ceulemans P, Cuypere GD, VanLanduyt K, Blondeel P, Hamdi M, Bowman C, Monstrey S. 2005. Gender identity disorder: general overview and surgical treatment


- for vaginoplasty in male-to-female transsexuals. *Plast Reconstr Surg*, 116 (6):135e-145e.
- Senf W, Strauß B. 2009. Geschlechtsidentität. *Psychotherapie im Dialog*, März, Vol. 1:3-11.
- Sigusch V. 1997. Transsexualism. State-of-the-art and clinical management. *Der Nervenarzt*, 68 (11):870-877.
- Smith YL, Van Goozen SH, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. 2005. Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychol Med*, 35 (1):89-99.
- Sohn M, Peek A. 1999. Grenzen der operativen Geschlechtstransformation bei Transsexualität. *Acta Chir Austriaca*, 31 (4):248-256.
- Sohn M, Bosinski HA. 2007. Gender identity disorders: diagnostic and surgical aspects. *J Sex Med*, 4 (5):1193-1207; quiz 1208.
- Sugano E, Nemoto T, Operario D. 2006. The Impact of Exposure to Transphobia on HIV Risk Behavior in a Sample of Transgendered Women of Color in San Francisco. *AIDS and Behaviour*, 10 (2).
- Sutcliffe PA, Dixon S, Akehurst RL, Wilkinson A, Shippam A, White S, Richards R, Caddy CM. 2009. Evaluation of surgical procedures for sex reassignment: a systematic review. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 62:294-308.
- TSG. 1980. Transsexuellengesetz Bundesministerium für Justiz: www.gesetze-im-internet.de/tsg/BJNR016540980.html 2015-04-25.
- van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, Gooren LJ. 1997. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clin Endocrinol (Oxf)*, 47 (3):337-342.
- Veale JF. 2008. Prevalence of transsexualism among New Zealand passport holders. *Aust N Z J Psychiatry*, 42 (10):887-889.
- Verschoor AM, Poortinga J. 1988. Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. *Arch Sex Behav*, 17 (2):173-178.
- Vujovic S, Popovic S, Sbutega-Milosevic G, Djordjevic M, Gooren L. 2009. Transsexualism in Serbia: a twenty-year follow-up study. *J Sex Med*, 6 (4):1018-1023.
- Wagner S, Greco F, Hoda MR, Inferriera A, Lupo A, Hamza A, Fornara P. 2010. Male-to-female transsexualism: technique, results and 3-year follow-up in 50 patients. *Urol Int*, 84 (3):330-333.
- Weitze C, Osburg S. 1996. Transsexualism in Germany: empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Arch Sex Behav*, 25 (4):409-425.
- White T, Ettner R. 2004. Disclosure, risks and protective factors for children whose parents are undergoing a gender transition. *J Gay Lesbian Psychother*, 8:129-145.
- Wierckx K, Mueller S, Weyers S, Van Caenegem E, Roef G, Heylens G, T'Sjoen G. 2012. Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *J Sex Med*, 9 (10):2641-2651.
- Wierckx K, Elaut E, Declercq E, Heylens G, De Cuypere G, Taes Y, Kaufman JM, T'Sjoen G. 2013. Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case-control study. *Eur J Endocrinol*, 169 (4):471-478.
- Wierckx K, Van Caenegem E, Schreiner T, Haraldsen I, Fisher A, Toye K, Kaufman JM, T'Sjoen G. 2014. Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: results from the European network for the investigation of gender incongruence. *J Sex Med*, 11 (8):1999-2011.

- Wierckx K, Caenegem EV, Elaut E, Dedeker D, Peer FVd, Toye K, S.Weyers, Hoebeke P, Monstrey S, Cuypere G, T'Sjoen G. 2011. Quality of Life and Sexual Health after Sex Reassignment Surgery in Transsexual Men. *J Sex Med*, 8:3379–3388.
- Wilson P, Sharp C, Carr S. 1999. The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study. *Br J Gen Pract*, 49 (449):991-992.
- WPATH. 2011. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People Minneapolis:
- Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. 1995. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378 (6552):68-70.
- Zimmermann A, Zimmer R, Kovacs L, Einodshofer S, Herschbach P, Henrich G, Tunner W, Biemer E, Papadopoulos NA. 2006. Transsexuals' life satisfaction after gender transformation operations. *Chirurg*, 77 (5):432-438.
- Zucker KJ, Bradley SJ. 1995. *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents* New York: The Guilford Press.

10. Anhang

10.1 Ethikvotum

K O P I E



**Universitätsklinikum
Jena**

Ethik-Kommission

Vorsitzende: Prof. Dr. med. Dagmar Barz
Geschäftsstelle: Dr. phil. Ulrike Skorsetz

Bachstraße 18
07743 Jena

Telefon 03641 93 37 70
Telefax 03641 93 37 71

E-Mail: ethikkommission@med.uni-jena.de

16. Dezember 2011

Universitätsklinikum Jena · Ethik-Kommission · Postfach · 07740 Jena

Prof. Dr. B. Strauß
Institut für Psychosoziale Medizin
und Psychotherapie

Bearbeitungsnummer: 3323-12/11


*Nachuntersuchung transsexueller Personen
Befragungsstudie*

Sehr geehrter Professor Strauß,

hiermit bestätigen wir den Eingang und die Kenntnisnahme der Anzeige der o. g. Studie.

Wir sehen diesbezüglich keine ethischen Bedenken und wünschen Ihnen viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. D. Barz
Vorsitzende der Ethik-Kommission
(i. A. Dr. U. Skorsetz)

Bachstraße 18 · 07743 Jena · Telefon 03641 93 00

Internet: www.uniklinikum-jena.de

Gerichtsstand Jena

Steuernummer 161 / 144 / 02978 · USt.-IdNr. DE 150545777

Bankverbindung:
Sparkasse Jena · BLZ 830 530 30 · Konto 221

Universitätsklinikum Jena · Körperschaft des öffentlichen Rechts
als Teilkörperschaft der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Verwaltungsratsvorsitzender: Prof. Dr. Thomas Deufel
Medizinischer Vorstand
und Sprecher des Klinikumsvorstandes: Prof. Dr. Klaus Höfken
Wissenschaftlicher Vorstand: Prof. Dr. Klaus Benndorf
Kaufmännischer Vorstand: Dr. Brunhilde Seidel-Kwem

10.2 Anschreiben an Meldeämter

Universitätsklinikum Jena · IPMP · Postfach · 07743 Jena

-

Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. B. Strauß
Stoystraße 3
07743 Jena

Telefon 03641 93 67 00
Telefax 03641 93 65 46

Doktorandin Carina Eisenschmidt
carinaeisenschmidt@gmx.de

Jena, 28. April 2015

Anfrage zur Auskunft über Patientendaten

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Rahmen meiner Doktorarbeit im Institut für psychosoziale Medizin und Psychotherapie unter der Leitung von Prof. Dr. Strauss möchte ich eine wissenschaftliche Studie durchführen.

Dafür benötige ich die Einverständniserklärung bzw. Teilnahmebestätigung des Patienten/ der Patientin. Ich habe die Patientin/ den Patienten

**Vorname, Name,
alte Adresse**

angeschrieben.

Leider hat sich Frau/Herrnicht bei mir zurück gemeldet bzw. ist sie/er nicht mehr unter der oben genannten Adresse aufzufinden.

Die Angaben des Patienten sind von großem klinischem, wissenschaftlichem und praktischem Interesse.

Ich ersuche Sie daher um Auskunft über Frau/ Herrn.....und möchte Sie bitten, die beigefügten Angaben zur Patientin zu vervollständigen und an uns zurück zu senden.

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Mühe.

Doktorandin
Carina Eisenschmidt

Prof. Dr. Strauss

Beckstraße 16 · 07743 Jena · Telefon 03641 93 00
Internet: www.uniklinikum-jena.de
Gerichtsausschuss Jena
Steuernummer 151 / 144 / 02978 · USt-IdNr. DE 150545777
Bankverbindung:
Sparkasse Jena · BLZ 830 530 30 · Konto 221

Universitätsklinikum Jena · Körperschaft des öffentlichen Rechts
als Teilkörperschaft der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Verwaltungsbevollmächtigter: Prof. Dr. Thomas Deufel
Medizinischer Vorstand und Sprecher des Klinikums: Prof. Dr. Klaus Hoffmann
Wissenschaftlicher Vorstand: Prof. Dr. Klaus Benndorf
Keitelmännischer Vorstand

10.3 Anschreiben an Teilnehmer



Universitätsklinikum Jena

Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. B. Strauß
Stoysstraße 3
07743 Jena

Telefon 03641 93 67 00
Telefax 03641 93 65 46
st/bg
E-Mail: Bernhard.Strauss@med.uni-jena.de

Jena, den 25. Juli 2011

Universitätsklinikum Jena · IPMP · Postfach · 07740 Jena

Einladung zur Mitwirkung an einer wissenschaftlichen Untersuchung

Sehr geehrte Frau/Herr,

vor Jahren waren Sie bei mir im Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena im Zusammenhang mit einer Begutachtung in Ihrer Personenstands- bzw. Vornamensangelegenheit.

Ich mache vergleichbare Gutachten nun schon seit vielen Jahren und bin in der Funktion als Gutachter, aber auch als Wissenschaftler sehr daran interessiert zu erfahren, was aus den begutachteten Personen eigentlich wird.

Aus diesem Grund schreibe ich Sie heute an. Ich erwäge mit Unterstützung einer Doktorandin, möglichst viele Personen, die zur Begutachtung in Jena waren, noch einmal einzubestellen und dazu zu befragen, wie die jeweilige Entwicklung weitergegangen ist, wie es den Betroffenen mittlerweile geht und wie die Begutachtung verbessert werden kann.

Bevor wir konkret mit der Planung einer derartigen Befragung beginnen, liegt mir daran zu erfahren, ob die Betroffenen überhaupt dazu bereit wären:
Die Untersuchung dürfte wahrscheinlich 1 - 1,5 Stunden dauern und wird aus einem strukturierten Gespräch sowie einer zeitlich begrenzten schriftlichen Befragung bestehen. Die Befragung würde durch meine Doktorandin Frau Carina Eisenschmidt durchgeführt. Den entsprechenden Termin, der voraussichtlich Ende des Jahres bzw. Anfang nächsten Jahres stattfinden würde, könnten wir selbstverständlich individuell vereinbaren. Wir würden Ihnen die eventuell anfallenden Fahrtkosten gerne erstatten und sichern Ihnen jetzt schon zu, dass wir die Befragungsergebnisse absolut anonymisieren werden und die Ergebnisse nicht mehr mit Ihrer Person in Zusammenhang gebracht werden können.

Sie würden mir in meiner Funktion als Gutachter sehr helfen, wenn Sie sich an dieser Befragung beteiligen. Sie würden auch dazu beitragen, dass über die Entwicklung transidenter Personen mehr bekannt wird und auf diesem Wege auch die Verfahren möglicherweise erleichtert werden können.

Ich wäre Ihnen in jedem Falle für eine Antwort dankbar. Ich habe diesem Schreiben ein Antwortbogen beigelegt, den Sie uns gerne zurücksenden können. Sie können Ihre Antwort aber auch per E-Mail zusenden, wobei ich Sie bitten würde, die Nachricht an die E-mail-Anschrift meines Sekretariates (sekretariat_mpsy@med.uni-jena.de) zu richten.

Ich würde mich sehr freuen, wenn wir Sie für unser Vorhaben gewinnen könnten und erwarte Ihre Antwort bis zum **31.08.2011**.

mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. B. Strauß

Anlage:

Bachstraße 18 · 07743 Jena · Telefon 03641 93 00
Internet: www.uniklinikum-jena.de
Gerichtsstand Jena
Steuernummer 161 / 144 / 02978 · USt-IdNr. DE 150545777
Bankverbindung
Sparkasse Jena · BLZ 830 530 30 · Konto 221

Universitätsklinikum Jena · Körperschaft des öffentlichen Rechts
als Teilkörperschaft der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Verwaltungsratsvorsitzender: Prof. Dr. Thomas Deufel
Medizinischer Vorstand und Sprecher des Klinikumsvorstands:
Prof. Dr. Klaus Hoffken
Wissenschaftlicher Vorstand: Prof. Dr. Klaus Benndorf
Kaufmännischer Vorstand: Dr. Brunhilde Seidel-Kwem

10.4 Einverständniserklärung



**Universitätsklinikum
Jena**

**Institut für Psychosoziale
Medizin und
Psychotherapie**

Direktor: Prof. Dr. B. Strauß
Stoystraße 3
07743 Jena

Telefon 03641 93 67 00
Telefax 03641 93 65 46
st/bg
E-Mail: Bernhard.Strauss@med.uni-jena.de

Jena, den

Universitätsklinikum Jena · IPMP · Postfach · 07740 Jena

Einverständniserklärung zur Videoaufzeichnung des Interviews

Hiermit erkläre ich mich bereit, dass ein Video während des Interviews, welches im Rahmen der Doktorarbeit von Carina Eisenschmidt stattfindet, aufgezeichnet werden darf.

Ich bin darüber informiert, dass der Mitschnitt nur für wissenschaftliche und Lehrzwecke genutzt und vertraulich behandelt wird.

Datum

Unterschrift

Bachstraße 18 · 07743 Jena · Telefon 03641 93 00
Internet: www.uniklinikum-jena.de
Gerichtsbund Jena
Steuernummer · USt-IdNr. DE 150545777
Bankverbindung:
Sparkasse Jena · BLZ 830 530 30 · Konto 221

Universitätsklinikum Jena · Körperschaft des öffentlichen Rechts
als Teilkörperschaft der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Verwaltungsbevollmächtigter: Prof. Dr. Thomas Deufel
Medizinischer Vorstand und Sprecher des Klinikumsvorstands:
Prof. Dr. Klaus Hoffken
Wissenschaftlicher Vorstand: Prof. Dr. Klaus Berndorf
Neurologischer Vorstand: Dr. Brunhilde Seidel-Koren

10.5 Fragebogen - Teil 1: BI

Bitte kreuzen Sie die Aussage an bzw. geben Ergänzungen an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

01. Alter Jahre Geburtsjahr

02. Familienstand

☐ ledig/single ☐ in fester Partnerschaft ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

03. Ihr religiöser Hintergrund:

☐ Evangelisch ☐ Katholisch ☐ Muslimisch ☐ Jüdisch ☐ Keiner ☐ Anderer

04. Sind Sie zur Zeit praktizierendes und aktives Mitglied einer Religion?

☐ Evangelisch ☐ Katholisch ☐ Muslimisch ☐ Jüdisch ☐ Nein ☐ Anderer

05. Haben Sie Kinder?

☐ Nein ☐ Ja, eigene Kinder ☐ Mein Partner/Meine Partnerin hat Kinder

06. Wie wohnen Sie zur Zeit?

☐ Alleine ☐ mit Partner ☐ bei den Eltern ☐ anders _____

07. Welchen Schulabschluss haben Sie?

☐ Keinen Schulabschluss ☐ Abitur/ Fachabitur
☐ Hauptschulabschluss ☐ Fachhochschule
☐ Mittlere Reife/ Realschulabschluss ☐ Universität

08. Beschäftigungsart

☐ Vollzeit beschäftigt ☐ in Ausbildung – Teilzeit
☐ Teilzeit beschäftigt ☐ Arbeitsunfähig
☐ Arbeit ☐ Frührente
☐ In Ausbildung – Vollzeit ☐ andere

09. In welcher Geschlechterrolle üben Sie Ihren Beruf aus?

☐ als Mann ☐ als Frau ☐ wechselnde Geschlechterrollen

10. In welcher Geschlechtsrolle leben Sie außerhalb des Berufslebens?

☐ als Mann ☐ als Frau ☐ wechselnde Geschlechterrollen

Soziale Kontakte und Hobbys

11a. Treffen Sie sich mit anderen Transsexuellen? ☐ Ja ☐ Nein

11b. Falls ja, wo treffen Sie sich?

- ☐ Selbsthilfegruppe ☐ Internet ☐ Beides, Internet und Selbsthilfegruppe

12a. Wie viele enge Freunde haben Sie, mit denen Sie offen über Ihre Probleme sprechen können?

- ☐ mehr als 10 ☐ 3 – 10 ☐ 1 – 2 ☐ keine

12b. Wie oft treffen Sie sich mit anderen, nicht – transsexuellen Menschen?

- ☐ nie ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

13a. Haben Sie Kontakt zu Ihrer Familie?

- ☐ Ja ☐ Nein

13b. Wie ist Ihr Kontakt zur näheren Familie/ den für Sie wichtigsten Familienmitgliedern?

- ☐ schlecht ☐ nicht sehr gut ☐ gut ☐ sehr gut

14. Weiß jemand in Ihrer Familie, dass Sie als Mann/Frau leben?

- ☐ Ja ☐ Nein

15. Haben Sie sich als Kind jemals einsam gefühlt?

- ☐ immer ☐ regelmäßig ☐ manchmal ☐ nie

16. Fühlen Sie sich zur Zeit einsam?

- ☐ immer ☐ regelmäßig ☐ manchmal ☐ nie

Psychische und physische Belastungen

17. Haben Sie chronische körperliche Probleme oder Beschwerden?

- ☐ Nein ☐ Ja (nämlich) _____

18. Haben Mitglieder Ihrer Familie aktuell chronische körperliche Probleme oder Beschwerden?

- ☐ Nein ☐ Ja (nämlich) _____

19. Nehmen Sie momentan Medikamente ein (außer Hormonpräparate)?

- ☐ Nein ☐ Ja (nämlich) _____

20. Haben Sie schon einmal psychologische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen?

- ☐ Nein ☐ Ja (wegen) _____

21. Waren Sie aufgrund psychischer Probleme jemals in stationärer Behandlung (Suchtstation, psychiatrische Klinik, Rehabilitationszentrum oder ähnliches)?
☐ Nein ☐ Ja, nämlich in _____ (Ort und Name der Institution)
22. War Ihr Vater aufgrund psychischer Probleme jemals in stationärer Behandlung (Suchtstation, psychiatrische Klinik, Rehabilitationszentrum oder ähnliches)?
☐ Nein ☐ Ja, nämlich in _____ (Ort und Name der Institution)
23. War Ihre Mutter aufgrund psychischer Probleme jemals in stationärer Behandlung (Suchtstation, psychiatrische Klinik, Rehabilitationszentrum oder ähnliches)?
☐ Nein ☐ Ja, nämlich in _____ (Ort und Name der Institution)
24. Ist oder war Ihr Vater abhängig von Alkohol oder anderen Substanzen?
☐ Nein ☐ Ja, von _____
25. Ist oder war Ihre Mutter abhängig von Alkohol oder anderen Substanzen?
☐ Nein ☐ Ja, von _____
26. Zeigt oder zeigte Ihr Vater regelmäßig gewalttätiges Verhalten innerhalb der Familie?
☐ Nein ☐ Ja
27. Zeigt oder zeigte Ihre Mutter regelmäßig gewalttätiges Verhalten innerhalb der Familie?
☐ Nein ☐ Ja
28. Nahm oder nimmt Ihr Vater Medikamente aufgrund psychischer Erkrankungen?
☐ Nein ☐ Ja (nämlich) _____
29. Nahm oder nimmt Ihre Mutter Medikamente aufgrund psychischer Erkrankungen?
☐ Nein ☐ Ja (nämlich) _____
30. Kommt Homosexualität in Ihrer Familie vor?
☐ Nein ☐ Ja, bei _____
31. Kommt Transsexualität in Ihrer Familie vor?
☐ Nein ☐ Ja, bei _____
32. Kommt Transvestie in Ihrer Familie vor?
☐ Nein ☐ Ja, bei _____

Allgemeine Fragen zur Kindheit und Familie**33. Haben Sie Geschwister?**☐ Nein☐ Ja

Wie viele Brüder?

Wie viele Schwestern?

34. In welcher Position stehen Sie in der Geschwisterreihe? Ich bin...☐ Einzelkind☐ ältestes Kind☐ jüngstes Kind☐ anders**35. Schulabschluss der Mutter**☐ Keinen Schulabschluss☐ Abitur/ Fachabitur☐ weiß ich nicht☐ Hauptschulabschluss☐ Fachhochschule☐ Mittlere Reife/ Realschulabschluss☐ Universität**36. Schulabschluss des Vaters**☐ Keinen Schulabschluss☐ Abitur/ Fachabitur☐ weiß ich nicht☐ Hauptschulabschluss☐ Fachhochschule☐ Mittlere Reife/ Realschulabschluss☐ Universität**37a. Nahm Ihre Mutter während der Schwangerschaft Medikamente ein?**☐ Nein☐ Ja☐ weiß ich nicht**37b. Falls ja, was hat sie genommen?**☐ Hormone☐ andere Medikamente, nämlich**38. Bei wem sind Sie aufgewachsen?**☐ Bei beiden Eltern☐ Hauptsächlich bei der Mutter☐ Hauptsächlich beim Vater☐ Bei anderen, nämlich**39. Wie war der Kontakt zwischen Ihnen und Ihren Eltern in der Kindheit?****A. zum Vater:**☐ gut☐ mäßig☐ schlecht☐ nicht zutreffend**B. zur Mutter:**☐ gut☐ mäßig☐ schlecht☐ nicht zutreffend**40. Waren Sie während Ihrer Kindheit (bis 12.Lj.) für einen bedeutsamen Zeitraum von Ihrer Hauptbezugsperson getrennt?**☐ Nein☐ Ja

Geschlechtsentwicklung

41. Welche Spiele spielten Sie gerne im Kindergartenalter (4-6 Jahre)?

- ☐ Typische Spiele für Jungs ☐ Typische Spiele für Mädchen ☐ Beides ☐ Keines von beiden

42. Welche Spiele spielten Sie gerne im Grundschulalter (6-12 Jahre)?

- ☐ Typische Spiele für Jungs ☐ Typische Spiele für Mädchen ☐ Beides ☐ Keines von beiden

43. Mit wem spielten Sie am liebsten im Kindergarten (4-6 Jahre)?

- ☐ Jungs ☐ Mädchen ☐ Mit Jungs und Mädchen ☐ Mit keinem von beiden

44. Mit wem spielten Sie am liebsten im Grundschulalter (6-12 Jahre)?

- ☐ Jungs ☐ Mädchen ☐ Mit Jungs und Mädchen ☐ Mit keinem von beiden

45. Mit wem waren Sie in der späteren Schulzeit (12-18 Jahre) am liebsten zusammen?

- ☐ Jungs ☐ Mädchen ☐ Mit Jungs und Mädchen ☐ Mit keinem von beiden

46. Wurden Sie in Ihrer Kindheit von anderen Kindern gehänselt?

- ☐ Nein ☐ Ja, ein wenig ☐ Ja, sehr

47. Haben Ihre Eltern Sie dazu gezwungen, sich wie ein typisches Mädchen/ typischer Junge zu benehmen?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

48. War es Ihnen, bevor Sie 12 Jahre alt waren, bereits ein Bedürfnis, Mädchenkleidung/Jungenkleidung zu tragen?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

49. Haben Sie, bevor Sie 12 Jahre alt waren, auch damit begonnen, Mädchenkleidung/Jungenkleidung zu tragen?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

50. Wusste irgendjemand davon?

- ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wer? _____

51. In welchem Alter hatten Sie das erste Mal das Gefühl, dass Sie ein Junge / Mädchen sind oder dass Sie gerne ein Junge/ Mädchen sein wollten?

- Ich war Jahre alt. ☐ trifft nicht zu

52. Hatten Sie bestimmte Gefühle oder Gedanken bezüglich Ihres Körpers (bis zum Alter von 12 J.)?

- ☐ Nein ☐ Ja, positive Gefühle(nämlich) _____
☐ Ja, negative Gefühle (nämlich) _____

53. Erinnern Sie sich an Gefühle bezüglich Ihres Körpers (z.B. Brustwachstum, Vertiefung der Stimme), als Sie in die Pubertät kamen?

- ☐ Ich fühlte nichts Besonderes
☐ Meine körperlichen Veränderungen gefielen mir
☐ Meine körperlichen Veränderungen gefielen mir nicht

54. Hatten Sie als Jugendlicher (12-18 Jahre) das Gefühl, dass lieber ein Junge/ ein Mädchen wären?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

55. Haben Sie jetzt das Gefühl, eigentlich ein Mann/ eine Frau zu sein?

- ☐ Nein ☐ Ja

56. Falls ja, wie oft haben Sie dieses Gefühl?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

57. Verabscheuen Sie es, eine Frau / ein Mann zu sein?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

Kleidung

58. Hatten Sie zwischen 12 und 18 Jahren, den Drang sich wie ein Junge bzw. Mädchen zu kleiden?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

59. Haben Sie sich auch wirklich wie ein Junge/ ein Mädchen gekleidet?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

60. Wurden Sie dadurch jemals sexuell erregt?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

61. Haben Sie, während Sie als Junge / Mädchen gekleidet waren, sich selbst befriedigt oder Sex gehabt?

- ☐ Nie ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

Sexualität

62. Hatten Sie schon einmal medizinische Probleme mit Ihren Genitalien?

☐ Nein ☐ Ja Falls ja, welche Probleme gab es? _____

Wie alt waren Sie? Jahre

63. Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt Ihrer ersten Regelblutung? Jahre ☐ trifft nicht zu

64a. Befriedigen Sie sich selbst? ☐ Nein ☐ Ja

64b. Wenn ja, wie alt waren Sie, als Sie sich zum ersten Mal selbst befriedigt haben? Jahre

65. Welches waren Ihre frühesten sexuellen Fantasien, an die Sie sich erinnern können?

☐ Sex mit einer Frau ☐ Sex mit einem Mann ☐ Sex mit beiden Geschlechtern ☐ andere Fantasien

66. Wie wichtig ist Sexualität für Sie heute?

☐ Wichtig ☐ Nicht so wichtig ☐ Unwichtig

67. Wie wäre es für Sie, wenn Sie aufgrund einer Behandlung keine sexuellen Erregungen mehr verspüren würden?

☐ Sehr schlimm ☐ Nicht so schlimm ☐ Unwichtig

68. Wie fühlt es sich an, wenn Sie einen Orgasmus haben?

☐ Immer angenehm ☐ Niemals angenehm
☐ Manchmal angenehm ☐ Nicht zutreffend

69. Wenn Sie sexuelle Fantasien haben, was fantasieren Sie dann?

☐ Dass ich als Frau Sex habe ☐ Ich habe nie sexuelle Fantasien von mir selber
☐ Dass ich als Mann Sex habe ☐ Ich habe keine sexuellen Fantasien
☐ Dass ich mal als Mann, mal als Frau Sex habe

70. Welches Geschlecht hat Ihr Partner in Ihren Fantasien?

☐ Weiblich ☐ Transgender
☐ Männlich ☐ Ich habe keine sexuellen Fantasien bzgl. meines Sexualpartners
☐ Manchmal weiblich, manchmal männlich ☐ Ich habe niemals sexuelle Fantasien

71. Zu wem fühlen Sie sich momentan sexuell am meisten angezogen?

- ☐ Nur zu Frauen, nie zu Männern
 ☐ Nur zu Männern, nie zu Frauen
☐ Vorwiegend Frauen, manchmal zu Männern
 ☐ Vorwiegend zu Männern, manchmal zu Frauen
☐ Vorwiegend zu Frauen, oft auch zu Männern
 ☐ Vorwiegend zu Männern, oft auch zu Frauen
☐ Gleichmaßen Männer und Frauen
 ☐ Transgender
☐ Keine Angaben

72. Halten Sie es für möglich, dass sich Ihre sexuelle Präferenz nach einer Behandlung ändern könnte?

- ☐ Nein
 ☐ Ja
 ☐ Weiß ich nicht

Wenn ja, in welcher Weise? _____

73. Glauben Sie, dass einige Ihrer sexuellen Gefühle oder Verhaltensweisen von anderen als seltsam betrachten würden, wenn sie davon wüssten?

- ☐ Nein
 ☐ Ja
 ☐ Weiß ich nicht

Wenn ja, in welcher Weise? _____

74. Sind Sie zufrieden mit Ihrem Sexualleben?

- ☐ Nein
 ☐ Ja

Wenn nein, weil _____

Beziehungen**75. Als Sie das erste Mal sexuellen Kontakt hatten(mit Berühren der Genitalien), war das mit**

- ☐ einer Frau
 ☐ einem Mann
 ☐ bis jetzt noch nicht

Wie alt waren Sie? Jahre

76. Wie viele verschiedene Sexualpartner hatten Sie bisher in Ihrem Leben?

- ☐ Keine
 ☐ 1-5
 ☐ 5-10
 ☐ mehr als 10

77. Diese Sexualpartner/innen waren:

- ☐ Ausschließlich Frauen
 ☐ Ausschließlich Männer
☐ Mehr Frauen als Männer
 ☐ Mehr Männer als Frauen
☐ Genauso viele Frauen wie Männer
 ☐ andere (z.B. Transsexuelle)

78. Diese Sexualpartner/innen waren mehrheitlich

- ☐ Heterosexuelle Frauen
 ☐ Heterosexuelle Männer
☐ Homo- oder bisexuelle Frauen
 ☐ Homo- oder bisexuelle Männer
☐ Ich weiß nichts über deren sexuellen Orientierung
 ☐ Nicht zutreffend

79. Mein/e aktuelle/r Partner/in ist

- ☐ Eine heterosexuelle Frau ☐ Ein heterosexueller Mann
☐ Eine homo- oder bisexuelle Frau ☐ Ein homo- oder bisexueller Mann
☐ Nicht zutreffend

80. Genießen Sie die Empfindungen an Klitoris und Vagina/ Penis und Hoden während des Geschlechtsverkehrs?

- ☐ Nein ☐ Ja ☐ Wechselnd ☐ keine Angabe

81. Beziehen Sie Ihre Genitalien in den Geschlechtsverkehr ein?

- ☐ Nein ☐ Ja
 Falls ja, wie? ☐ Aktiv ☐ Passiv ☐ beides, aktiv und passiv

82. Sind Sie mit Ihrer/n sexuellen Beziehungen zufrieden?

- ☐ Nein ☐ Ja ☐ keine Meinung ☐ nicht zutreffend

Wenn nein, warum? _____

83. Haben Sie jemals Geld für sexuellen Kontakt bekommen? ☐ Nein ☐ Ja**Medizinische Behandlung****84. Welche medizinische Behandlung wünschen Sie sich?**

- ☐ Hormone, welche? _____
☐ Operationen, welche? _____
☐ Hormone und Operationen, welche? _____
☐ Etwas anderes, nämlich _____

85a. Haben Sie sich bereits einer Hormonbehandlung unterzogen, um als Mann/Frau erkannt zu werden?

- ☐ Nein ☐ Ja

b. Wenn ja, welche Hormone? _____

c. Wenn ja, seit wann

--	--	--	--

d. Wenn ja, wie haben Sie die Hormone bekommen _____

86a. Haben Sie sich bereits Operationen unterzogen, um als Mann/ Frau erkannt zu werden?

- ☐ Nein ☐ Ja

86. Glauben Sie, dass Ihre Behandlung mit Risiken verbunden ist?

☐ Nein ☐ Ja, nämlich _____

87. Wie sicher sind Sie sich bezüglich der Art der Behandlung, die Sie für sich wünschen?

☐ unsicher ☐ eher sicher ☐ sehr sicher

88. Würden Sie sich rückblickend als körperlich vernachlässigt fühlen?

☐ Nein ☐ Unsicher ☐ Ja, durch folgende Person/en _____

89. Würden Sie sich rückblickend als körperlich misshandelt bezeichnen?

☐ Nein ☐ Unsicher ☐ Ja, durch folgende Person/en _____

90. Würden Sie sich rückblickend als seelisch vernachlässigt bezeichnen?

☐ Nein ☐ Unsicher ☐ Ja, durch folgende Person/en _____

91. Würden Sie sich rückblickend als seelisch misshandelt bezeichnen?

☐ Nein ☐ Unsicher ☐ Ja, durch folgende Person/en _____

92. Würden Sie sich rückblickend als sexuell missbraucht bezeichnen?

☐ Nein ☐ Unsicher ☐ Ja, durch folgende Person/en _____

93. Haben Ihre Eltern in Ihrer Kindheit und Jugend für die folgenden Dinge gesorgt?

a. angemessene Kleidung ☐ Immer ☐ Manchmal ☐ Nie

b. angemessene Kleidung ☐ Immer ☐ Manchmal ☐ Nie

c. angemessene Körperpflege ☐ Immer ☐ Manchmal ☐ Nie

d. Versorgung bei Krankheit ☐ Immer ☐ Manchmal ☐ Nie
und Versorgung

e. regelmäßiger Schulbesuch ☐ Immer ☐ Manchmal ☐ Nie

94. Erinnern Sie sich an andere lebensbedrohliche bzw. traumatische Ereignisse (z.B. schwere körperliche Verletzungen)?

☐ Nein ☐ Ja, welche _____

10.6 Fragebogen - Teil 2: BSI-50

Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich stark	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?

	Überhaupt nicht				sehr stark
1. Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
2. Ohnmacht- und Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4
3. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	0	1	2	3	4
4. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	0	1	2	3	4
5. Gedächtnisschwierigkeiten	0	1	2	3	4
6. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	0	1	2	3	4
7. Herz- oder Brustschmerzen	0	1	2	3	4
8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0	1	2	3	4
9. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
10. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	0	1	2	3	4
11. schlechtem Appetit	0	1	2	3	4
12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
13. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	0	1	2	3	4
14. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
15. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
16. Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
17. Schwermut	0	1	2	3	4

18. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
19. Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
21. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3	4
23. Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
24. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
25. Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4
26. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
28. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
29. Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
30. Hitzewallungen oder Kälteschauern	0	1	2	3	4
31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4
32. Leere im Kopf	0	1	2	3	4
33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
34. dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4
35. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
36. Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
38. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4
40. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
42. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4

43. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
44. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
45. Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4
46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	0	1	2	3	4
48. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0	1	2	3	4
49. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht still sitzen können	0	1	2	3	4
50. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
51. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
52. Schuldgefühlen	0	1	2	3	4
53. dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4

10.7 Fragebogen - Teil 3: BIS

Bitte kreuzen Sie jeweils die Nummer an, die am besten Ihre Zufriedenheit mit der entsprechenden Körperpartie wiedergibt. Falls Sie die 3, 4, oder 5 angekreuzt haben, beantworten Sie bitte auch die Frage, ob Sie eine Veränderung in Erwägung ziehen, falls dies durch medizinische oder chirurgische Behandlung möglich wäre oder ob Sie bereits eine Behandlung vorgenommen haben.

	sehr zufrieden (1)	zufrieden (2)	neutral (3)	un- zufrieden (4)	sehr un- zufrieden (5)	Veränderung? ja nein		bereits verändert	nicht zutreffend
1. Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Schultern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Waden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Brüste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Adamsapfel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Scheide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Körpergröße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Augenbrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kitzler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Taille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Muskeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Po	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Gesichtsbehaarung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Bizeps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eierstöcke, Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kopfhaare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Stimme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Figur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Körperbehaarung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Erscheinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Penis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Hoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.8 Deskriptive Merkmale der Stichprobe in der Übersicht

Tabelle 18: Deskriptive Merkmale der Stichprobe

		Transsexualität					
		Frau zu Mann		Mann zu Frau			
		n=8		n=8			
		M	SD	M	SD	t(df)	p
Alter		34	9,46	47	8,41	-2,88(14)	0,012
		n	%	n	%	X²(df)	p
Familienstand	ledig	4	50,0%	3	37,5%	3,48(3)	0,324
	feste Partnerschaft	3	37,5%	1	12,5%		
	verheiratet	0	0,0%	2	25,0%		
	geschieden	1	12,5%	2	25,0%		
eigene Kinder	nein	7	87,5%	2	25,0%	6,35(1)	0,041
	ja	1	12,5%	6	75,0%		
Schulabschluss	Hauptschulabschluss	0	0,0%	3	37,5%	5,14(4)	0,273
	Realschulabschluss	4	50,0%	3	37,5%		
	Abitur	2	25,0%	0	0,0%		
	Fachhochschule	1	12,5%	1	12,5%		
	Universität	1	12,5%	1	12,5%		
Beschäftigung	Vollzeit beschäftigt	5	62,5%	3	37,5%	2,83(3)	0,418
	arbeitslos	1	12,5%	3	37,5%		
	Ausbildung - Vollzeit	1	12,5%	0	0,0%		
	Frührente	1	12,5%	2	25,0%		
gelebtes Geschlecht	als Mann	8	100%	0	0,0%		
	als Frau	0	0,0%	8	100%		
im Körper wohlfühlen	nein	3	37,5%	2	25,0%		1,000*
	ja	5	62,5%	6	75,0%		
Geschlecht der Sexualpartner	ausschließlich ♀	5	62,5%	6	75,0%	3,09(3)	0,378
	ausschließlich ♂	0	0,0%	0	0,0%		
	mehr ♀ als ♂	0	0,0%	0	0,0%		
	mehr ♂ als ♀	2	25,0%	0	0,0%		
	keine Angaben	1	12,5%	2	25,0%		
sexuelle Orientierung der bisherigen Sexualpartner	heterosexuelle ♀	5	62,5%	6	75,0%	3,09(4)	0,543
	heterosexuelle ♂	1	12,5%	0	0,0%		
	homo-/bisexuelle ♀	0	0,0%	0	0,0%		
	homo-/bisexuelle ♂	1	12,5%	0	0,0%		
	keine Angaben	1	12,5%	2	25,0%		

♀- Frauen, ♂-Männer

Quelle: eigene Darstellung

* exakter Test nach Fisher

10.9 Ergänzende Datenauswertung des BI

Tabelle 19: Ergänzende Datenauswertung des BI

		Transsexualität			
		Frau zu Mann		Mann zu Frau	
		n	%	n	%
Religionshintergrund	keiner	8	100,0%	3	37,5%
	evangelisch	0	0,0%	4	50,0%
	katholisch	0	0,0%	1	12,5%
	muslimisch	0	0,0%	0	0,0%
	jüdisch	0	0,0%	0	0,0%
	anderer	0	0,0%	0	0,0%
Religionsaktivität	keiner	8	100,0%	7	87,5%
	evangelisch	0	0,0%	1	12,5%
	katholisch	0	0,0%	0	0,0%
	muslimisch	0	0,0%	0	0,0%
	jüdisch	0	0,0%	0	0,0%
	anderer	0	0,0%	0	0,0%
Wohnsituation	allein	2	25,0%	6	75,0%
	mit Partner	3	37,5%	2	25,0%
	anders	3	37,5%	0	0,0%
In der Familie Leben als Mann/Frau bekannt?	nein	2	25,0%	0	0,0%
	ja	5	62,5%	8	100,0%
	nicht zutreffend	1	12,5%	0	0,0%
chronische Erkrankungen	nein	5	62,5%	7	87,5%
	ja	3	37,5%	1	12,5%
chronische Erkrankungen in der Familie	nein	6	75,0%	7	87,5%
	ja	1	12,5%	1	12,5%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Medikamenteneinnahme (außer Hormone)	nein	6	75,0%	4	50,0%
	ja	2	25,0%	4	50,0%
psychologische Hilfe in Anspruch genommen	nein	2	25,0%	0	0,0%
	ja	6	75,0%	8	100,0%
stationäre Behandlung aufgrund psych. Erkrankg.	nein	8	100,0%	2	25,0%
	ja	0	0,0%	6	75,0%
Vater aufgrund psychischer Erkrankungen schon einmal stationär gewesen?	nein	7	100,0%	6	75,0%
	ja	0	0,0%	1	12,5%
	keine Angabe	0	0,0%	1	12,5%
Mutter aufgrund psychischer Erkrankungen schon einmal stationär gewesen?	nein	7	87,5%	8	100,0%
	ja	1	12,5%	0	0,0%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Substanzabhängigkeit bei Vater	nein	5	62,5%	7	87,5%
	ja	2	25,0%	0	0,0%
	keine Angabe	1	12,5%	1	12,5%
Substanzabhängigkeit bei Mutter	nein	7	87,5%	8	100,0%
	ja	0	0,0%	0	0,0%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Vater zeigte regelmäßiges gewalttätiges Verhalten	nein	7	87,5%	6	75,0%
	ja	0	0,0%	1	12,5%
	keine Angabe	1	12,5%	1	12,5%
Mutter zeigte regelmäßiges gewalttätiges Verhalten	nein	7	87,5%	7	87,5%
	ja	0	0,0%	1	12,5%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Nahm/nimmt Vater aufgrund psychischer Erkrankung Medikamente?	nein	7	87,5%	6	75,0%
	ja	0	0,0%	0	0,0%
	keine Angabe	1	12,5%	2	25,0%

Nahm/nimmt Mutter aufgrund psychischer Erkrankung Medikamente?	nein	6	75,0%	7	87,5%
	ja	1	12,5%	0	0,0%
	keine Angabe	1	12,5%	1	12,5%
Homosexualität in der Familie?	nein	6	75,0%	7	87,5%
	ja	1	12,5%	1	12,5%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Transsexualität in der Familie?	nein	7	87,5%	8	100,0%
	ja	0	0,0%	0	0,0%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Transvestie in der Familie?	nein	7	87,5%	8	100,0%
	ja	0	0,0%	0	0,0%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Geschwister	nein	1	12,5%	2	25,0%
	ja	6	75,0%	6	75,0%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Anzahl Brüder	0	3	42,9%	2	25,0%
	1	4	57,1%	2	25,0%
	2	0	0,0%	2	25,0%
	3	0	0,0%	1	12,5%
	4	0	0,0%	1	12,5%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Anzahl Schwestern	0	3	42,9%	5	62,5%
	1	3	42,9%	2	25,0%
	2	1	14,3%	0	0,0%
	3	0	0,0%	1	12,5%
	4	0	0,0%	0	0,0%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Position in Geschwisterreihe	Einzelkind	1	12,5%	2	25,0%
	ältestes Kind	2	25,0%	4	50,0%
	jüngstes Kind	3	37,5%	1	12,5%
	anders	1	12,5%	1	12,5%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Schulabschluss der Mutter	kein Schulabschluss	0	0,0%	0	0,0%
	Hauptschulabschluss	0	0,0%	4	50,0%
	Realschulabschluss	3	37,5%	1	12,5%
	Abitur	1	12,5%	0	0,0%
	Fachhochschule	2	25,0%	2	25,0%
	Universität	0	0,0%	0	0,0%
	weiß ich nicht	1	12,5%	1	12,5%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Schulabschluss des Vaters	kein Schulabschluss	0	0,0%	0	0,0%
	Hauptschulabschluss	0	0,0%	3	37,5%
	Realschulabschluss	4	50,0%	1	12,5%
	Abitur	0	0,0%	0	0,0%
	Fachhochschule	1	12,5%	1	12,5%
	Universität	1	12,5%	1	12,5%
	weiß ich nicht	1	12,5%	1	12,5%
	keine Angabe	1	12,5%	1	12,5%
Nahm die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente?	nein	2	25,0%	3	37,5%
	ja	0	0,0%	0	0,0%
	weiß ich nicht	5	62,5%	5	62,5%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Bei wem aufgewachsen?	bei beiden Eltern	5	62,5%	4	50,0%
	hauptsächlich bei der Mutter	2	25,0%	2	25,0%
	hauptsächlich beim Vater	0	0,0%	0	0,0%
	bei anderen	1	12,5%	2	25,0%

Während der Kindheit von Bezugsperson längere Zeit getrennt?	nein	7	87,5%	7	87,5%
	ja	0	0,0%	1	12,5%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Typische Spiele im Kindergartenalter	typ. Spiele für Jungs	7	87,5%	2	25,0%
	typ. Spiele für Mädchen	0	0,0%	2	25,0%
	beides	1	12,5%	2	25,0%
	keines von beiden	0	0,0%	1	12,5%
	keine Angabe	0	0,0%	1	12,5%
	keine Angabe	0	0,0%	1	12,5%
Typische Spiele im Grundschulalter	typ. Spiele für Jungs	8	100,0%	2	25,0%
	typ. Spiele für Mädchen	0	0,0%	3	37,5%
	beides	0	0,0%	2	25,0%
	keines von beiden	0	0,0%	0	0,0%
	keine Angabe	0	0,0%	1	12,5%
	keine Angabe	0	0,0%	1	12,5%
Spielgefährten im Kindergarten	Jungs	4	50,0%	0	0,0%
	Mädchen	0	0,0%	3	37,5%
	mit Jungs und Mädchen	4	50,0%	3	37,5%
	mit keinem von beiden	0	0,0%	1	12,5%
	keine Angabe	0	0,0%	1	12,5%
	keine Angabe	0	0,0%	1	12,5%
Spielgefährten im Grundschulalter	Jungs	4	50,0%	1	12,5%
	Mädchen	0	0,0%	2	25,0%
	mit Jungs und Mädchen	4	50,0%	4	50,0%
	mit keinem von beiden	0	0,0%	0	0,0%
	keine Angabe	0	0,0%	1	12,5%
	keine Angabe	0	0,0%	1	12,5%
Gefährten in Schulzeit	Jungs	1	12,5%	0	0,0%
	Mädchen	3	37,5%	4	50,0%
	mit Jungs und Mädchen	4	50,0%	3	37,5%
	mit keinem von beiden	0	0,0%	0	0,0%
	keine Angabe	0	0,0%	1	12,5%
	keine Angabe	0	0,0%	1	12,5%
Gefühle bezüglich des eigenen Körpers bis zum 12. Lj.?	nein	3	37,5%	3	37,5%
	ja	5	62,5%	4	50,0%
	keine Angabe	0	0,0%	1	12,5%
Welche Gefühle bezüglich des Körpers in der Pubertät?	fühlte nichts besonderes	0	0,0%	2	25,0%
	körperliche Veränderungen gefielen	0	0,0%	1	12,5%
	körperliche Veränderung gefielen mir nicht	8	100,0%	5	62,5%
	körperliche Veränderung gefielen mir nicht	8	100,0%	5	62,5%
Gefühl als Jugendlicher lieber ein Junge/Mädchen zu sein?	nie	1	12,5%	0	0,0%
	manchmal	0	0,0%	1	12,5%
	oft	0	0,0%	4	50,0%
	immer	7	87,5%	3	37,5%
Gefühl eigentlich ein Mann/ eine Frau zu sein?	nein	0	0,0%	1	12,5%
	ja	8	100,0%	7	87,5%
Falls ja, wie oft dieses Gefühl?	nie	0	0,0%	0	0,0%
	manchmal	0	0,0%	0	0,0%
	oft	0	0,0%	0	0,0%
	immer	8	100,0%	8	100,0%
Verabscheuen Sie es ein Mann/ eine Frau zu sein?	nie	0	0,0%	0	0,0%
	manchmal	0	0,0%	1	12,5%
	oft	0	0,0%	0	0,0%
	immer	5	62,5%	7	87,5%
	betrachtet sich nicht mehr als Frau/Mann	3	37,5%	0	0,0%
Durch das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts jemals sexuell erregt?	nie	8	100,0%	4	50,0%
	manchmal	0	0,0%	1	12,5%
	oft	0	0,0%	1	12,5%
	immer	0	0,0%	0	0,0%
	keine Angabe	0	0,0%	2	25,0%

Durchführen von Selbstbefriedigung	nein	4	50,0%	7	87,5%
	ja	4	50,0%	1	12,5%
Frühste sexuelle Fantasien	Sex mit einer Frau	5	62,5%	2	25,0%
	Sex mit einem Mann	1	12,5%	0	0,0%
	Sex mit beiden Geschlechtern	0	0,0%	0	0,0%
	andere Fantasien	2	25,0%	4	50,0%
	keine Angabe	0	0,0%	2	25,0%
Wie wäre es aufgrund einer Behandlung keine sexuelle Erregung mehr zu verspüren?	sehr schlimm	7	87,5%	5	62,5%
	nicht so schlimm	1	12,5%	2	25,0%
	unwichtig	0	0,0%	0	0,0%
	keine Angabe	0	0,0%	1	12,5%
Gefühl beim Orgasmus	immer angenehm	8	100,0%	3	37,5%
	manchmal angenehm	0	0,0%	1	12,5%
	niemals angenehm	0	0,0%	0	0,0%
	nicht zutreffend	0	0,0%	4	50,0%
Welche sexuellen Fantasien?	Sex als Frau	0	0,0%	4	50,0%
	Sex als Mann	7	87,5%	0	0,0%
	mal als Mann,mal als Frau Sex	0	0,0%	0	0,0%
	keine Fantasien von mir	1	12,5%	0	0,0%
	gar keine Fantasien	0	0,0%	1	12,5%
	keine Angabe	0	0,0%	3	37,5%
Geschlecht des Partners in Fantasien	weiblich	4	50,0%	3	37,5%
	männlich	0	0,0%	1	12,5%
	mal weiblich,mal männlich	3	37,5%	1	12,5%
	Transgender	0	0,0%	0	0,0%
	keine Fantasien über Sexpartner	1	12,5%	1	12,5%
	gar keine Fantasien	0	0,0%	0	0,0%
	keine Angabe	0	0,0%	2	25,0%
Von wem momentan sexuell am meisten angezogen?	nur Frauen,nie Männer	6	75,0%	2	25,0%
	nur Männer,nie Frauen	0	0,0%	1	12,5%
	vorwiegend Frauen,manchmal Männer	0	0,0%	0	0,0%
	vorwiegend Männer,manchmal Frauen	1	12,5%	0	0,0%
	vorwiegend Frauen,oft auch Männer	0	0,0%	0	0,0%
	vorwiegend Männer,oft auch Frauen	0	0,0%	0	0,0%
	Männer,Frauen gleichermaßen	1	12,5%	0	0,0%
	Transgender	0	0,0%	0	0,0%
Glauben Sie,dass Ihre sexuellen Gefühle von anderen als seltsam betrachtet werden könnten?	nein	5	62,5%	5	62,5%
	ja	1	12,5%	0	0,0%
	weiß ich nicht	2	25,0%	1	12,5%
	keine Angabe	0	0,0%	2	25,0%
Mit wem ersten sexuellen Kontakt?	mit einer Frau	5	62,5%	7	87,5%
	mit einem Mann	2	25,0%	1	12,5%
	bis jetzt noch nicht	1	12,5%	0	0,0%
Wie viele verschiedene Sexualpartner?	>10	2	25,0%	1	12,5%
	5-10	2	25,0%	4	50,0%
	1-5	2	25,0%	1	12,5%
	keine	2	25,0%	2	25,0%

Geschlecht der Sexualpartner?	ausschließlich Frauen	5	62,5%	6	75,0%
--------------------------------------	------------------------------	---	-------	---	-------

	ausschließlich Männer	0	0,0%	0	0,0%
	mehr Frauen als Männer	0	0,0%	0	0,0%
	mehr Männer als Frauen	2	25,0%	0	0,0%
	genauso viele Frauen wie Männer	0	0,0%	0	0,0%
	andere	0	0,0%	0	0,0%
	keine Angaben	1	12,5%	2	25,0%
sexuelle Orientierung des aktuellen Partners?	heterosexuelle Frau	3	37,5%	1	12,5%
	heterosexueller Mann	0	0,0%	1	12,5%
	homo-/bisexuelle Frau	1	12,5%	0	0,0%
	homo-/bisexueller Mann	0	0,0%	0	0,0%
	nicht zutreffend	3	37,5%	5	62,5%
	keine Angaben	1	12,5%	1	12,5%
Genießen der Empfindungen an Klitoris/Vagina bzw. Penis/Hoden?	nein	2	25,0%	2	25,0%
	ja	1	12,5%	0	0,0%
	wechselnd	0	0,0%	0	0,0%
	keine Angaben	5	62,5%	6	75,0%
Zufrieden mit sexuellen Beziehungen?	nein	1	12,5%	0	0,0%
	ja	4	50,0%	2	25,0%
	nicht zutreffend	3	37,5%	4	50,0%
	keine Angabe	0	0,0%	2	25,0%
Welche medizinische Behandlung gewünscht?	Hormone	0	0,0%	0	0,0%
	Operationen	5	62,5%	3	37,5%
	Hormone und Operationen	0	0,0%	1	12,5%
	keine, da bereits zufrieden	3	37,5%	4	50,0%
Bereits Hormonbehandlung unterzogen?	nein	0	0,0%	1	12,5%
	ja	8	100,0%	7	87,5%
Bereits Operation unterzogen?	nein	2	25,0%	5	62,5%
	ja	6	75,0%	3	37,5%
Behandlungsrisiken bewusst	nein	3	37,5%	1	12,5%
	ja	4	50,0%	7	87,5%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Wie sicher bezüglich der Art der gewünschten Behandlung?	unsicher	1	12,5%	0	0,0%
	eher sicher	2	25,0%	2	25,0%
	sehr sicher	5	62,5%	5	62,5%
	keine Angabe	0	0,0%	1	12,5%
Rückblickend als körperlich vernachlässigt gefühlt?	nein	7	87,5%	7	87,5%
	ja	0	0,0%	1	12,5%
	unsicher	1	12,5%	0	0,0%
Rückblickend als körperlich misshandelt bezeichnen?	nein	8	100,0%	7	87,5%
	ja	0	0,0%	1	12,5%
	unsicher	0	0,0%	0	0,0%
Rückblickend als seelisch vernachlässigt bezeichnen?	nein	5	62,5%	6	75,0%
	ja	1	12,5%	2	25,0%
	unsicher	1	12,5%	0	0,0%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Rückblickend als seelisch misshandelt bezeichnen?	nein	6	75,0%	6	75,0%
	ja	2	25,0%	2	25,0%
	unsicher	0	0,0%	0	0,0%
Rückblickend als sexuell missbraucht bezeichnen?	nein	8	100,0%	7	87,5%
	ja	0	0,0%	1	12,5%
	unsicher	0	0,0%	0	0,0%
Eltern in Kindheit für angemessene Kleidung gesorgt?	immer	7	87,5%	7	87,5%
	manchmal	0	0,0%	0	0,0%
	nie	0	0,0%	1	12,5%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%

Eltern in Kindheit für angemessene Ernährung gesorgt?	immer	7	87,5%	7	87,5%
	manchmal	0	0,0%	0	0,0%
	nie	0	0,0%	1	12,5%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Eltern in Kindheit für angemessene Körperpflege gesorgt?	immer	7	87,5%	7	87,5%
	manchmal	0	0,0%	0	0,0%
	nie	0	0,0%	0	0,0%
	keine Angabe	1	12,5%	1	12,5%
Eltern in Kindheit für Krankheitsversorgung gesorgt?	immer	7	87,5%	7	87,5%
	manchmal	0	0,0%	1	12,5%
	nie	0	0,0%	0	0,0%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Eltern in Kindheit für regelmäßigen Schulbesuch gesorgt?	immer	7	87,5%	7	87,5%
	manchmal	0	0,0%	1	12,5%
	nie	0	0,0%	0	0,0%
	keine Angabe	1	12,5%	0	0,0%
Erinnerung an andere traumatische Ereignisse?	nein	7	87,5%	7	87,5%
	ja	1	12,5%	1	12,5%
	keine Angabe	0	0,0%	0	0,0%

Quelle: eigene Darstellung

10.10 Ergänzende Datenauswertung des BIS

Tabelle 20: Bewertung der sekundären Geschlechtsmerkmale

	Transsexualität										
	Frau zu Mann			Mann zu Frau			Insgesamt				
	n=8			n=8			n=16				
	M	n	SD	M	n	SD	M	n	SD	t(df)	p
Hüfte	2,50	8	,756	2,25	8	,707	2,38	16	,719	0,68(14)	0,506
Ober-schenkel	2,13	8	,835	2,13	8	,834	2,13	16	,806		1,000
Arme	1,88	8	,354	2,00	8	,000	1,98	16	,250	-1,00(14)	0,351
Taille	2,63	8	1,061	2,71	7	1,380	2,67	15	1,175	-0,14(14)	0,890
Muskeln	2,50	8	,535	2,00	8	,535	2,25	16	,577	1,87(14)	0,082
Po	2,88	8	1,126	2,13	8	,835	2,50	16	1,033	1,51(14)	0,152
Gewicht	2,88	8	1,246	2,75	8	1,165	2,81	16	1,167	0,20(14)	0,839
Bizeps	2,88	8	,641	2,00	8	,535	2,44	16	,727	2,97(14)	0,010
Erschein-ung	2,38	8	,744	2,38	8	,916	2,37	16	,806	-0,34(14)	1,000

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 21: Bewertung der neutralen Körpermerkmale

	Transsexualität										
	Frau zu Mann			Mann zu Frau			Insgesamt				
	n=8			n=8			n=16				
	M	n	SD	M	n	SD	M	n	SD	t(df)	p
Nase	1,75	8	,707	2,25	8	1,281	2,00	16	1,033	-0,97(14)	0,350
Schultern	1,75	8	,707	2,13	8	,641	1,93	16	,680	-1,11(14)	0,285
Kinn	1,75	8	,707	2,63	8	1,188	2,19	16	1,047	-1,79(14)	0,095
Waden	1,50	8	,535	2,00	8	,534	1,75	16	,577	-1,87(14)	0,082
Hände	1,63	8	,518	2,13	8	,835	1,88	16	,719	-1,44(14)	0,172
Adams- apfel	1,60	5	,548	2,75	8	1,163	2,31	13	1,109	-2,05(11)	0,066
Körper- größe	2,75	8	1,035	2,25	8	,886	2,50	16	,966	1,04(14)	0,317
Augen- brauen	1,63	8	,518	2,00	8	,535	1,81	16	,543	-1,43(14)	0,176
Gesicht	2,13	8	,835	2,38	8	,916	2,25	16	,856	-0,57(14)	0,577
Füße	1,88	8	,354	2,13	8	,641	2,00	16	,516	-0,97(14)	0,350

Quelle: eigene Darstellung

10.11 Interviewfragen

Frage 1: Sind Sie mit sich und Ihrem Körper zufrieden?

Diese Frage soll die Teilnehmer anregen über ihre Schritte zu berichten, die sie bisher auf dem Weg der Geschlechtsangleichung gegangen sind oder in nächster Zeit planen.

Dabei reichen die Möglichkeiten der Behandlungsansätze von Hormontherapie, über Nadel- bzw. Laserepilation zur Gestaltung der Gesichts- und Körperbehaarung, bis hin zu operativen Eingriffen, die das Brustprofil verändern oder einen Geschlechtsaufbau implizieren. Vor allem die eigene Zufriedenheit mit dem Ergebnis ist bedeutend, um sich im Körper wohlfühlen und hat einen großen Einfluss auf das sexuelle Erleben.

Frage 2: Was war rückblickend der Auslöser, der Ihnen bewusst machte, dass die innere Diskrepanz zwischen dem körperlichen und dem gewünschten Geschlecht Transsexualität ist?

Viele Transsexuelle spüren schon in ihrer frühen Kindheit ein nicht einzuordnendes Gefühl fremd im eigenen Körper zu sein. Die Erkenntnis, dieses Gefühl als Transsexualität einzuordnen, kann mehrere Jahre dauern. Oftmals erfolgt die Aufklärung über die Medien, teilweise aber auch über Familienmitglieder oder Gleichgesinnte.

Frage 3: Erzählen Sie neuen Bekanntschaften/Lebenspartnern/im beruflichen Umfeld, dass Sie einst im anderen Geschlecht lebten?

Wie offen gehen die Betroffenen selbst mit dem Thema um? Nur ungern sprechen die Betroffenen über ihre Transsexualität, aus Angst vor Ausgrenzung vor allem in einem stereotypen Umfeld. Jedoch gerade während des Umwandlungsprozesses sind sie gezwungen sich diesem Umfeld zu erklären. Leben sie zwar schon in ihrer gewünschten Geschlechtsrolle, besitzen aber noch die sekundären Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts, kann dies gerade im Berufsleben zu Problemen führen. Welche Bedeutung hat das Thema Transsexualität noch, wenn das gewünschte Geschlecht auf allen Ebenen erreicht wurde?

Frage 4: Was war für Sie persönlich die schwierigste Hürde auf dem Weg der Geschlechtsidentitätsänderung?

Für viele stellt der sogenannte Alltagstest eine besondere Herausforderung dar. Während dieses Tests, welcher vor Beginn der Hormontherapie durchgeführt wird, sollen die Betroffenen über 12 Monate in der gewünschten Geschlechtsrolle leben. Die Schwierigkeit besteht darin, dass alle sekundären Geschlechtsmerkmale noch dem ursprünglichen Geschlecht entsprechen und somit die Toleranz in der Gesellschaft nur bedingt gegeben ist. Jedoch gibt es noch weitere Hürden, die es gilt herauszufinden. Beispielsweise das Outing, ist gerade für „late-onset“-Transsexuelle, die über einen längeren Zeitraum nur heimlich in ihrer gewünschten Geschlechtsrolle lebten, schwer.

Frage 5: Wer hat Ihnen in schwierigen Situationen beigestanden und Sie unterstützt?

Hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht?

Viele Studien haben gezeigt, dass Transsexuelle, die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld erfahren, ein besseres Outcome nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen besitzen.

Neben dem Begleiten bei Behördengängen kann dies auch in Form von psychischem Beistand sein.

Frage 6: Haben Sie Kontakt mit anderen Transsexuellen bzw. tauschen Sie sich mit Ihnen in Internetforen oder Selbsthilfegruppen aus? Engagieren Sie sich in der Öffentlichkeitsarbeit über das Thema Transsexualität?

Gerade zu Beginn des Umwandlungsprozesses ist der Informationsaustausch unter Transsexuellen sehr wichtig. In Selbsthilfegruppen (SHG) bzw. Internetforen werden Erfahrungen weitergegeben sowie Empfehlungen für Ärzte, Therapeuten ausgesprochen. Jedoch wie werden die SHG nach dem Umwandlungsprozess besucht, wenn kein Informationsbedarf mehr besteht? Sehen es die Betroffenen als Aufgabe Unerfahrenen weiterzuhelfen oder die Öffentlichkeit auf das Thema aufmerksam zu machen?

Frage 7: Wie würden Sie rückblickend den Umgang mit: Ärzten, speziell Endokrinologen und Chirurgen, Gutachtern, Psychologen/Psychotherapeuten, Gerichten und Krankenkassen betrachten?

Im Laufe ihres Prozesses der Angleichung kommen Transsexuelle mit vielen Instanzen in Kontakt. Wie viel Erfahrungen haben die einzelnen Bereiche mit dem Thema Transsexualität? Wie ist die Qualität der Behandlungen einzuschätzen?

Frage 8: Würden Sie das TSG in Deutschland verändern wollen? Wenn ja, was wären Ihre konkreten Vorschläge?

Das TSG ist geschaffen worden, um das Leiden der Betroffenen zu lindern. Vornamens- und Personenstandsänderung waren bis 2011 an die Bedingung der Fortpflanzungsunfähigkeit geknüpft. Die Abschaffung dieser Bedingung brachte eine enorme Erleichterung. Dennoch gibt es nach wie vor Punkte, die kritisch hinterfragt werden sollten, beispielsweise, ob der Alltagstest notwendig ist, um die Kostenübernahme durch die Krankenkassen zu gewährleisten oder ob die Vornamens-/Personenstandsänderung nur durch Amtsgerichte durchgeführt werden kann.

Frage 9: Haben Sie im Laufe Ihres Werdeganges „transphobe“ Erfahrungen gemacht?

Frage 10: Erleben Sie Stigmatisierung und Ausgrenzung in Ihrem Umfeld? Wie sieht Ihr soziales Umfeld aus?

Diese beiden Fragen thematisieren die soziale Akzeptanz von Transsexuellen in der Gesellschaft und in der Familie. Zeichnet sich eine Tendenz ab, dass die Akzeptanz zum einen geschlechtsabhängig, zum anderen altersabhängig ist?

10.12 Items zur Datenerfassung der Interviews

Tabelle 22: Items zur Datenerfassung des Interviews

allgemeine Merkmale	- Proband Nr. - MzF- oder FzM-Transsexuelle - Alter	
Zufrieden mit eigenem Körper	- ja/nein	
bereits begonnene geschlechtsangleichende Maßnahmen	- Hormontherapie	
+ Alter bei Einleitung der jeweiligen Maßnahme	FzM-Transsexuelle - Mastektomie - Hysterektomie - Penoidaufbau - Hodenpumpe	MzF-Transsexuelle - Brustaufbau - Scheidenplastik - Logopädie - Nadel-/Laserepilation
gewünschte oder abgelehnte geschlechtsangleichende Maßnahmen	- Mastektomie - Hysterektomie - Penoidaufbau	- Brustaufbau - Scheidenplastik
Personenstandsänderung	- ja/nein	
Familiensituation	- allein lebend - in Partnerschaft - Änderung der Situation im Vgl. zur Situation im Gutachten	
sexuelles Erleben	- wird abgelehnt - wird genossen	
Arbeitssituation	- arbeitslos/beschäftigt/Rentner - Änderung der Situation im Vgl. zur Situation im Gutachten	
Prozess der Erkenntnis	- Wann bemerkt, dass etwas nicht stimmt? - Wann für sich als Transsexualität erkannt?	
Durch was kam die Erkenntnis der Transsexualität?	- Internet - Fernsehbeitrag - Arztgespräch - Buch/Zeitschrift	
Outing	- Alter zum Zeitpunkt des Outings - Seit wann in der Öffentlichkeit im Wunschgeschlecht?	
	1. Outing gegenüber wem: - Partner(in) - Eltern/Elternteil - andere Bezugsperson	
Gründe im Falle eines späten Outings	- Angst vor Ausgrenzung - Rücksicht auf Familie - Wunsch nach eigener Familie	
psychische Erkrankungen	- vorliegende Erkrankung - Suizidversuche durchgeführt? - subjektive Stabilisierung der Psyche nach Outing?	
schwierigste Hürde	- Zustand zwischen beiden Geschlechtern - Outing/ Reaktion des Umfeldes - Erkenntnis der Transsexualität - Bürokratie - Arbeitssuche - gab keine Hürde	
Unterstützung durch	- Partner(in) - Mutter - Freunde - keiner	

mehr Unterstützung erhofft durch	<ul style="list-style-type: none"> - Familie - Freunde - Ärzte - Behörden - Unterstützung war ausreichend
Offenheit bzgl. Transsexualität gegenüber - Arbeitsumfeld - Partnerin	- ja/nein
SHG	<ul style="list-style-type: none"> - in SHG tätig gewesen? - Gründe für Verlassen der SHG - ggf. Öffentlichkeitsarbeit?
Erfahrungen mit Institution	<ul style="list-style-type: none"> - überwiegend positiv/überwiegend negative - mit welcher Institution negative Erfahrung?
transphobe Erfahrungen/Ausgrenzungen	<ul style="list-style-type: none"> - ja/nein - Art der Ausgrenzung
TSG	<ul style="list-style-type: none"> - Einschränkung durch TSG? - Änderungsvorschläge

Quelle: eigene Darstellung

10.13 Items zur Datenerfassung der psychologischen Gutachten

Tabelle 23: Items zur Datenerfassung der psychologischen Gutachten

allgemeine Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> - Proband Nr. - Geschlechtszugehörigkeitsempfinden (MzF-/FzM-Transsexuelle)
Studienteilnahme	<ul style="list-style-type: none"> - abgesagt, ggf. Angabe von Gründen - teilgenommen - keine Rückmeldung - keine aktuelle Meldeadresse
Gutachten	<ul style="list-style-type: none"> - Jahr der Gutachtenerhebung - Anzahl der Jahre, die zwischen Gutachten und Interview liegen
Alter	<ul style="list-style-type: none"> - Alter zum Zeitpunkt des Outings - Alter zum Zeitpunkt der Begutachtung - Alter zum Zeitpunkt der Antragsstellung - Einteilung „late-onset“/„early-onset“
Ort des Aufwachsens (bis 18. Lebensjahr)	<ul style="list-style-type: none"> - Dorf (bis 2000 Einwohner) - Kleinstadt (2000 – 20 000 Einwohner) - Mittelstadt (20 000 – 100 000 Einwohner) - Großstadt (ab 100 000 Einwohner)
	<ul style="list-style-type: none"> - BRD - DDR
Zusammenleben der Eltern	<ul style="list-style-type: none"> - zusammenlebend - getrenntlebend - Elternteil verstorben - bei Adoptiveltern aufgewachsen - im Heim aufgewachsen
Geschwister	<ul style="list-style-type: none"> - ja/nein - Bruder: ja/nein - Schwester: ja/nein
Verhältnis zu - Mutter - Vater - Stiefelternteil - Geschwistern	vor Outing: <ul style="list-style-type: none"> - gut/mäßig/schlecht
	nach Outing: <ul style="list-style-type: none"> - schlechter/besser/unverändert
Umgang mit Cross-dressing in der Kindheit	<ul style="list-style-type: none"> - offen - heimlich - kein Cross-dressing durchgeführt
Toleranz seitens der Eltern für Cross-dressing	<ul style="list-style-type: none"> - keiner hatte Verständnis - Mutter hatte Verständnis - Vater hatte Verständnis - beide hatten Verständnis
erlernter Beruf	<ul style="list-style-type: none"> - typisch männlich - typisch weiblich - geschlechtsneutral
Eheschließung	<ul style="list-style-type: none"> - ja/nein
eigene Kinder	<ul style="list-style-type: none"> - ja/nein
psychische Erkrankungen - Depression, Substanzabusus, Borderline-Symptomatik, Zwangsstörung, Angststörung, andere	<ul style="list-style-type: none"> - ja, aktuell/nein, nicht mehr/nein, noch nie
Suizidversuche	<ul style="list-style-type: none"> - ja/nein
Prognose bzgl. Stabilität des Wunsches nach Geschlechtsidentitätsänderung	<ul style="list-style-type: none"> - schlecht - gut - ungewiss

Quelle: eigene Darstellung

10.14 Ergänzende Datenauswertung der psychologischen Gutachten

Tabelle 24: Ergänzende Datenauswertung der psychologischen Gutachten

		Transsexualität			
		Frau zu Mann		Mann zu Frau	
		n	%	n	%
Aufgewachsen in	Dorf	5	27,8%	9	34,6%
	Kleinstadt	5	27,8%	6	23,1%
	Mittelstadt	6	33,3%	5	19,2%
	Großstadt	2	11,1%	6	23,1%
Eltern	leben zusammen	7	38,9%	14	53,8%
	getrennt lebend	8	44,4%	9	34,6%
	Vater verstorben	1	5,6%	1	3,8%
	im Heim aufgewachsen	1	5,6%	1	3,8%
	Adoptiveltern	1	5,6%	1	3,8%
Geschwister	nein	4	22,2%	9	34,6%
	ja	14	77,8%	17	65,4%
Verhältnis zur Mutter vor Outing	schlecht	0	0,0%	2	7,7%
	mäßig	3	16,7%	6	23,1%
	gut	13	72,2%	15	57,7%
	keine Angaben	2	11,1%	3	11,5%
Veränderung nach Outing	schlechter	5	27,8%	2	7,7%
	besser	0	0,0%	2	7,7%
	unverändert	10	55,6%	15	57,7%
	keine Angaben	3	16,7%	7	26,9%
Verhältnis zum Vater vor Outing	schlecht	3	16,7%	3	11,5%
	mäßig	4	22,2%	8	30,8%
	gut	4	22,2%	6	23,1%
	nicht zutreffend	7	38,9%	9	34,6%
Veränderung nach Outing	schlechter	3	16,7%	3	11,5%
	besser	0	0,0%	1	3,8%
	unverändert	8	44,4%	8	30,8%
	keine Angaben	7	38,9%	14	53,8%
Verhältnis zu Geschwistern vor Outing	schlecht	0	0,0%	0	0,0%
	mäßig	2	11,1%	6	23,1%
	gut	10	55,6%	3	11,5%
	nicht zutreffend	6	33,3%	17	65,4%
Veränderung nach Outing	schlechter	1	5,6%	5	19,2%
	besser	0	0,0%	0	0,0%
	unverändert	11	61,1%	4	15,4%
	nicht zutreffend	6	33,3%	17	65,4%
Verständnis für Cross-dressing seitens der Eltern	keiner Verständnis	3	16,7%	4	15,4%
	Mutter Verständnis	3	16,7%	4	15,4%
	Vater Verständnis	1	5,6%	0	0,0%
	beide Verständnis	4	22,2%	1	3,8%
Prognose	ungünstig	2	11,1%	3	11,5%
	günstig	16	88,9%	19	73,1%
	ungewiss	0	0,0%	4	15,4%

Quelle: eigene Darstellung

10.15 Tabellarischer Lebenslauf

Name:	Carina Eisenschmidt
Anschrift:	Stauffenbergstr. 3 07747 Jena
Geburtsdatum:	03.06.1990
Geburtsort:	Jena
Staatsangehörigkeit:	deutsch
Ausbildung:	10/2014 2. Staatsexamen, Abschluss mit der Gesamtnote „gut“ 09/2010 1. Staatsexamen, Abschluss mit der Gesamtnote „gut“ 10/2008 bis 03/2015 Studium der Humanmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität in Jena 08/2002 bis 04/2008 Domgymnasium Naumburg Abschluss: Abitur, Abschlussnote: 1,3

10.16 Danksagung

Zunächst möchte ich mich von ganzem Herzen bei allen 16 Studienteilnehmern bedanken. Ohne sie wäre die Durchführung dieser Studie nicht möglich gewesen. Vor allem gebührt ihnen mein Respekt dafür, dass sie den Weg nach Jena auf sich nahmen, um so offen über ihre Transsexualität zu sprechen.

Weiterhin möchte ich mich bei Prof. Dr. B. Strauß bedanken. Er gab mir die Möglichkeit, meine Dissertation über ein so interessantes Thema schreiben zu können. Zudem bedanke ich mich für seine gute Betreuung sowie seine unterstützenden Anregungen und Kritiken.

Mein größter Dank gilt meiner Familie, meinen Freunden und meiner sicheren Basis. Sie hatten immer ein offenes Ohr für meine Sorgen, erduldeten meine Krisenminuten und bauten mich auf, wenn mir einmal der Optimismus verloren gegangen war.

Zum Schluss möchte ich mich noch ganz herzlich bei meinen fleißigen Korrekturleserinnen bedanken. Danke für eure Hilfe.

10.17 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Person bei der Auswahl und Auswertung sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben: Prof. Dr. Bernhard Strauß,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Jena, den

Carina Eisenschmidt